



## **Atenção Intencional dos profissionais de Saúde: O caso dos Técnicos de Radiologia**

**Filomena Isabel Gonçalves Batalha**

**Orientador** : Prof. Doutor Albino Lopes, Professor Catedrático do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

**Coorientador:** Mestre Cristina Almeida, Coordenadora da área de Diagnóstico por Imagem do CHLC

Dissertação para obtenção de grau de Mestre  
Em Políticas e Desenvolvimento de Recursos Humanos

Lisboa  
2015



**Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas**  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

## **ATENÇÃO INTENCIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O CASO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA**

**FILOMENA ISABEL GONÇALVES BATALHA**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Políticas e Desenvolvimento de Recursos Humanos

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS**

**Orientador:**

Prof. Doutor Albino Lopes, Professor Catedrático do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

**Co-orientadora:**

Mestre Cristina Almeida, Coordenadora da área de Diagnóstico por Imagem do CHLC

**Lisboa 2015**

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

*Aos meus pais, a quem dedico esta dissertação,  
os ausentes mais presentes, pelos valores que me deixaram*

*“Uma empresa sem estratégia faz qualquer negócio.”*

*Michael Porter*

## RESUMO

A evolução do contexto social e económico abre espaço para a emergência de organizações mais adaptadas aos desafios da complexidade e com novas necessidades no domínio da gestão (Zorrinho *in* Serrano & Fialho, 2003).

A avaliação global das organizações passa pela avaliação dos seus vários processos e o modo como estes contribuem para a concretização da sua estratégia para que seja encontrado um equilíbrio entre os recursos utilizados e o nível de serviço prestado, tendo sempre subjacentes os objetivos da organização e as grandes orientações estratégicas (Serrano & Fialho, 2003).

Os hospitais, sendo organizações com características especialmente técnico-profissionais, grande parte do esforço de gestão, para ser eficaz, deve centralizar-se a nível de cada prestador, com competência para determinar a qualidade e quantidade dos recursos a utilizar em cada situação individual, transformando o exercício da gestão num processo ainda mais complicado e de difícil implementação (Ministério da Saúde, 1998).

Avaliar as boas práticas em Radiologia através da aplicação de uma escala de atenção na prática diária do profissional procedendo à elaboração de um plano para otimização do desempenho é um dos determinantes desta investigação.

Foi a constatação de que esta é uma área que importa aprofundar para melhor conhecer e agir, que nos levou ao desenvolvimento deste projeto de investigação, em que procuramos identificar ***“De que forma a capacidade de atenção do profissional influencia o seu desempenho?”***

A finalidade ao nível da gestão é a de minimizar os obstáculos de implementação e maximizar os pontos fortes, otimizando a organização dos Serviços de Radiologia, segundo a escala de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS)

A questão formulada orientou-nos como mapa de partida na pesquisa do *state of the art* e da metodologia.

Foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre os principais conceitos, de seguida foram definidos os objetivos de investigação empírica, assim definimos como objetivo geral, avaliar as boas práticas em Radiologia através da escala de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) e como objetivos específicos, conhecer a capacidade de atenção dos Técnicos de Radiologia e perceber de que forma a variação da atenção/consciência do profissional influencia o seu desempenho.

Com recurso à metodologia exploratória e descritiva, estudámos a perceção dos Técnicos de Radiologia de seis hospitais portugueses - Técnicos de Radiologia na prestação direta de cuidados, Subcoordenadores e Coordenadora, face às boas práticas em Radiologia através da *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS).

O instrumento utilizado para recolha de dados foi um questionário (versão espanhola da *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) adaptada, composto por 11 itens, aos quais se adicionou 12 questões ligadas ao desempenho profissional dos Técnicos de Radiologia.

Como conclusões principais ficou demonstrado, que embora os resultados da MAAS indiquem que os Técnicos de Radiologia da ADPI estão concentrados e atentos, que desempenham as suas atividades com sentido de responsabilidade, quando comparamos os resultados face ao desempenho e às boas práticas, encontramos lacunas que requerem alguma atenção no sentido de melhorar a prestação de cuidados, nomeadamente ao nível da verificação da identificação e consentimento informado, registo e transmissão de ocorrências, acolhimento ao utente e cumprimento das normas de segurança e proteção radiológica.

**Palavras-chave:** Atenção, Desempenho, Organização, Boas Práticas e MAAS

## ABSTRACT

The evolution of the social and economic context opens up space for the emergence of Mayan organizations adapted to the challenges of complexity and new needs in the field of management (Zorrinho in Serrano & Fialho, 2003).

The overall assessment of organizations involves the evaluation of its various processes and how they contribute to the achievement of its strategy for a balance between resources used and the level of service is found, always with the underlying objectives of the organization and broad strategic guidelines (Fialho & Serrano, 2003).

Hospitals, and organizations with features especially technical professionals, much of the effort management to be effective, must be centered within each provider, with jurisdiction to determine the quality and quantity of resources to use in each individual situation, transforming the practice of management in a more complicated and difficult to implement (Ministry of Health, 1998) process.

Assessing good practices in Radiology by applying a scale of attention in the daily practice of professional undertaking the preparation of a plan for performance optimization is one of the determinants of this research.

Was the realization that this is an area that further work to better understand and act, which led us to the development of this research project, we seek to identify "***How the capacity of attention professional influences your performance?***"

The purpose at the level of management is to minimize the obstacles to implementation and maximize the strengths, optimizing the organization of Radiology Services, according to the *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS).

The question asked guided us as the starting map in search of the state of the art and methodology.

Literature search was conducted on key concepts, and then the empirical research objectives were defined the general objective, evaluate best practices in Radiology through

the *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) and specific objectives, knowing the capacity for attention of the Technical Radiology and understand how the variation of attention / awareness of professional influence their performance.

Using exploratory and descriptive methodology, we studied the perception of Technical Radiology six Portuguese hospitals - Radiology Technicians in direct care, and Subordinator Coordinator, face to good practices in Radiology through *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS).

The instrument used for data collection was a questionnaire (Spanish version of the *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) adapted), consists of 11 items, of which 12 issues of professional performance of Technical Radiology was added.

As main findings demonstrated that although the results indicate that the MAAS Technicians Radiology ADPI are focused and attentive, they perform their activities with a sense of responsibility, when we compare the results to the performance and best practices, we found that gaps require some attention in order to improve the provision of care, particularly in terms of identification and verification of informed consent, recording and reporting of occurrences, the user host and compliance with standards of safety and radiation protection.

**Key-words:** Attention, Performance, Organization, Best Practice, MAAS



## AGRADECIMENTOS

O trabalho aqui desenvolvido só aparentemente é fruto de um esforço individual. Sem um coletivo de boas vontades, não seria certamente possível concluir esta dissertação.

A concretização deste projeto resultou de múltiplos empenhos quer pessoais quer alheios através de apoios científicos e humanos.

Para que o tempo não apague a dedicação e o esforço de cada um, aqui fica a devida nota através do meu mais profundo agradecimento.

No início de tão difícil tarefa beneficiei da preciosa ajuda do Prof. Doutor Albino Lopes, orientador da dissertação, que se manteve uma presença constante, direta e construtiva, ao longo destes meses, razão do sincero agradecimento que lhe é dirigido.

Ao Mestre Cristina Almeida coorientadora, pelo apoio, disponibilidade e rigor, colocados desde o primeiro momento no trabalho de investigação realizado, uma presença constante em todos os momentos da sua elaboração, pela colaboração e pela amizade, o meu sincero reconhecimento.

Aos que comigo partilharam os seus saberes e tornaram possível este estudo, para eles o meu obrigado.

A todos os Técnicos que colaboraram diretamente no estudo respondendo aos questionários, o meu agradecimento, consciente que sem o esforço conjunto de todos, este estudo não seria possível.

Finalmente à minha família, alicerce de toda a minha existência como “ser” a sua gratidão e admiração.

## ÍNDICE

RESUMO.....	v
ABSTRACT .....	vii
AGRADECIMENTOS .....	ix
ÍNDICE .....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE QUADROS .....	xii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
SIGLAS E ABREVIATURAS .....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	19
2.1 BOAS PRÁTICAS EM RADIOLOGIA.....	19
2.2 QUALIDADE EM SAÚDE .....	22
2.3 <i>MINDFULNESS</i> .....	24
2.5 <i>ESCALA DE MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS)</i> .....	27
2.5 A ORGANIZAÇÃO .....	30
2.5.1 CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL.....	33
2.5.2 LIDERANÇA.....	35
2.5.3 MOTIVAÇÃO .....	37
2.5.4 DESEMPENHO.....	39
2.5.5 SATISFAÇÃO .....	41
2.5.6 FORMAÇÃO.....	43
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	46
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	46
3.2 CONTEXTO .....	48
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	50
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	50
3.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	52
3.5.1 PRÉ-TESTE .....	53
3.6 TRATAMENTO de dados .....	54
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	57
4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	57
4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO MAAS ADAPTADO .....	57
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	57
6. CONCLUSÕES .....	84
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES .....	90
8. BIBLIOGRAFIA .....	92

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da Dissertação .....	18
Figura 2 - Polos Hospitalares que integram o CHLC .....	48
Figura 3 - Análise Conteúdo.....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Grupo Etário da amostra em estudo .....	57
Gráfico 2 - Classificação do género da amostra .....	58
Gráfico 3 - Habilitações Literárias da amostra .....	58
Gráfico 4 - Categoria Profissional da amostra .....	60
Gráfico 5 - Experiência Profissional da amostra .....	61
Gráfico 6 - Q1 Mindful Attention Awareness Scale/ Q1 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	70
Gráfico 7 - Q2 Mindful Attention Awareness Scale/Q2 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	71
Gráfico 8 - Q3 Mindful Attention Awareness Scale/Q3 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	73
Gráfico 9 - Q4 Mindful Attention Awareness Scale/Q4 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	74
Gráfico 10 - Q5 Mindful Attention Awareness Scale/Q5 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	75
Gráfico 11 - Q6 Mindful Attention Awareness Scale/Q6 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	76
Gráfico 12 - Q7 Mindful Attention Awareness Scale/Q7 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	77
Gráfico 13 - Q8 Mindful Attention Awareness Scale/Q8 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	78
Gráfico 14- Q9 Mindful Attention Awareness Scale/Q9 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	79

Gráfico 15 - Q10 Mindful Attention Awareness Scale/Q10 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	80
Gráfico 16 - Q11 Mindful Attention Awareness Scale/Q11 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	81
Gráfico 17 - Q12 Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	82

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Escala de Mindful Attention Awareness (MAAS) .....	62
Quadro 2 - Desempenho Profissional e Boas Práticas .....	66

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo das Content Theories e dos seus Pressupostos .....	38
Tabela 2 - Resumo das Process Theories e dos seus Pressupostos .....	38

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ADPI	– Área de Diagnóstico por Imagem
ALARA	- <i>As Low As Reasonably Achievable</i>
AO	– Assistente Operacional
CAMS-R;	<i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale</i> - Revised
CH	- Centro Hospitalar
CHKS	- <i>Caspe Healthcare Knowledge Systems</i>
CHLC	– Centro Hospitalar de Lisboa Central
EV	- Endovenoso
FFMQ	- <i>Five Facet Mindfulness Qustionnaire</i>
FMI	- <i>Freiburg Mindfulness Inventory</i>
IT	– Instrução de Trabalho
LOADI	– Livro de Ocorrências da Área de Diagnóstico por Imagem
MAAS	- <i>Mindful Attention Awareness Scale</i>
PACS	- Picture Archiving and Communication System
KIMS	- <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i>
TMS	- <i>Toronto Mindfulness Scale</i>
TR	– Técnico de Radiologia
RI	– Radiação Ionizante

*As organizações são essencialmente pessoas.  
Pessoas possuidoras das mais variadas experiências.  
Experiências essas que moldam os seus valores e atitudes.  
Pessoas que choram e que riem, que colaboram e boicotam. ”*  
(António, N., 2001)

## 1. INTRODUÇÃO

Numa época em que os recursos humanos são encarados como um dos fatores determinantes da competitividade das organizações, a avaliação do seu desempenho emerge como um dos problemas mais críticos ao nível da gestão (Almeida, 2005).

As organizações necessitam de mecanismos de avaliação do desempenho, como um instrumento de gestão capaz de integrar os diferentes níveis organizacionais, promovendo a melhoria da *performance* dos indivíduos e da organização como um todo, Serrano (2003).

No atual paradigma da gestão, são as pessoas que compõem a organização o fator mais competitivo, daí que quanto maior for a motivação e empenhamento dos colaboradores, maior será também o índice de produtividade (Caetano *et al*, 2002).

De acordo com Almeida (2005), ao nível da gestão dos serviços de saúde e em particular aos recursos humanos em radiologia as mudanças são inevitáveis. A complexidade inerente aos atuais desafios organizacionais realça a importância do contributo dado pelo diagnóstico e pesquisa empírica, no desenvolvimento das competências em gestão e na definição dos caminhos a seguir (Leitão, 2004). No sector da Saúde, mais do que nunca, a mudança e a dinâmica das organizações faz-se com o empenho e a vontade de todos os profissionais, numa coordenação de esforços, no sentido de assegurar e melhorar a Qualidade nos cuidados prestados.

A problemática em estudo tem em conta o ambiente da organização de saúde que envolve quatro aspetos fundamentais que são o cuidar, curar, controlar e envolver cliente.

Mas existe uma grande divergência de perceções ou de mapas cognitivos, há uma oposição clara do mapa cognitivo profissional (curar, subsidiaria) do mapa cognitivo do paciente com uma atitude passiva.

O profissional (que vem do mundo do curar) conhece o processo invasivo da radiologia, mas o cliente/doente não o percebe como tal. Encontra-se em assimetria de informação não se envolve no ato clínico (não se trata de uma coprodução, mas de uma atitude passiva).

O envolvimento, numa situação em que não pode haver falha, só poderia ocorrer na condição de passagem a uma dominância do cuidar. Para isso é necessário controlar este tipo de atos clínicos, e saber se o cliente foi elucidado sobre o sentido invasivo e das consequências do mesmo ato. Pretende-se que o cliente e o profissional se encontrem numa produção de cuidar e coproduzam um serviço

As organizações de saúde tem como grande desafio a envolvência do paciente, para que não haja falta de cuidado, o envolver os pacientes neste processo auxiliar para que este se cuide a si próprio.

Neste contexto o constructo do Mindfulness, atenção plena e consciência fazem com que o profissional esteja mais alerta e através do seu desempenho possa mais facilmente envolver o paciente para esta premissa como ator ativo neste processo.

Sabemos que a pura concepção académica de uma ferramenta de pouco ou nada valerá se não for aprovada na prática, como refere Bosquet, (1989) *“sans pratique, le savoir n’est pas efficace”*.

É um imperativo repensar as organizações *“(…) as organizações funcionam da forma como funcionam, porque nós funcionamos dessa forma, nenhuma mudança organizacional*

*significativa pode ser realizada sem que se efetuem profundas mudanças nas formas de pensar e interagir das pessoas” (Senge, 1999: 13).*

Neste contexto de mudança instalada, existe alguma inquietação, pelo que se faz sentir cada vez mais a necessidade de procura da pessoa certa, no lugar certo.

A decisão de Avaliar as boas práticas em Radiologia, decorreu da análise de algumas incongruências/ineficiências do sistema, aliado ao conhecimento e resultados da prática que diariamente confirmamos.

Motivar os profissionais de radiologia, colocando a tónica nas boas práticas de forma a diferenciar o desempenho profissional nos serviços prestados aos utentes, levou-nos a escolher um tema que já é um desafio.

Foi a constatação de que esta é uma área que importa aprofundar para melhor conhecer e agir, que nos levou ao desenvolvimento deste projeto de investigação, em que procuramos identificar ***“De que forma a capacidade de atenção do profissional influencia o seu desempenho?”***

A finalidade ao nível da gestão é a de minimizar os obstáculos de implementação e maximizar os pontos fortes, otimizando a organização dos Serviços de Radiologia, segundo a *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) adaptada, de forma a medir a atenção dos profissionais, relacionando o desempenho com as boas práticas.

A questão formulada orientou-nos como mapa de partida na pesquisa do *state of the art* e da metodologia.

Efetuamos pesquisa bibliográfica sobre os principais conceitos, para rever e ancorar seguramente o conceito da escala de MAAS. De seguida foram definidos os objetivos de investigação empírica:



**Objetivo geral**

- Avaliar as boas práticas em Radiologia através da escala de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS)

**Objetivos específicos**

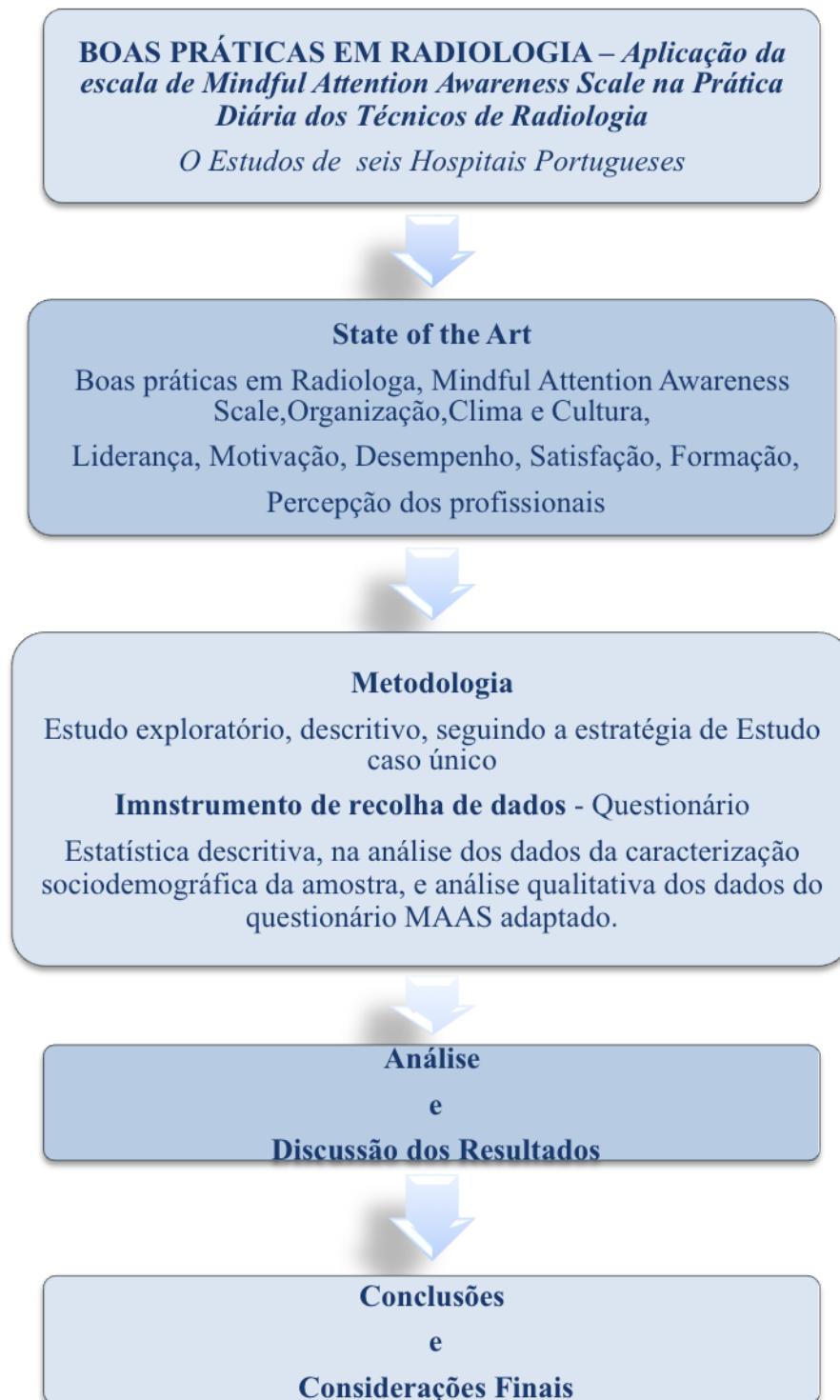
- Conhecer a capacidade de atenção dos Técnicos de Radiologia;
- Perceber de que forma a variação da atenção/consciência do profissional influencia o seu desempenho.

Definimos a metodologia. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. A população é constituída por todos os técnicos de radiologia de seis hospitais portugueses.

Escolhemos como instrumento de recolha de dados um questionário (versão espanhola da escala de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS)), composto por 11 itens, aos quais se adicionou 12 questões ligadas ao desempenho profissional dos Técnicos de Radiologia.

Como conclusões principais ficou demonstrado, que embora os resultados da MAAS indiquem que os Técnicos de Radiologia da ADPI estão concentrados e atentos, que desempenham as suas atividades com sentido de responsabilidade, quando comparamos os resultados face ao desempenho e às boas práticas, encontramos lacunas que requerem alguma atenção no sentido de melhorar a prestação de cuidados, nomeadamente ao nível da verificação da identificação e consentimento informado, registo e transmissão de ocorrências, acolhimento ao utente e cumprimento das normas de segurança e proteção radiológica.

Pretende-se que este trabalho constitua, não apenas uma dissertação mas que dele possam vir a ser retirados elementos a incorporar no atual desempenho dos Técnicos de Radiologia e ao mesmo tempo, pistas para futuros trabalhos neste âmbito.

**Figura 1** - Estrutura da Dissertação

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*O modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter resultados desejados e reduzem a possibilidade de resultados indesejados, traduz-se em Qualidade e Boas Práticas em saúde*  
(Sousa, 2006)

### 2.1 BOAS PRÁTICAS EM RADIOLOGIA

As Ciências Radiológicas são uma área com um corpo próprio de saberes que beneficiam de métodos e técnicas de imagem, que diariamente impulsionam os limites de ação.

Embora a prática da Medicina esteja contida num contexto moral, por vezes pode haver confronto sobre os valores ou opções a tomar, pelo que os aspetos Éticos e Deontológicos deverão estar presentes em todos os atos clínicos, introduzindo e submetendo cada caso à instância da função de Critérios de Avaliação Ética como a *Prevalência de Benefícios sobre os Riscos*, o *Respeito da Dignidade da Pessoa Humana* e acima de tudo a *Justiça Distributiva* (Código Deontológico, 2011).

De acordo com o mesmo documento, considerando a complexidade das técnicas utilizadas e a rapidez de execução, a Radiologia necessita, por parte dos seus profissionais, uma sólida formação base, bem como uma atualização permanente dos conhecimentos, pois a sociedade espera que as profissões intervenham na sua própria formação, de forma a elevar os padrões de excelência profissional.

Contribuir para consagrar o primado do cidadão, reafirmar os direitos humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e, especialmente, proteger a dignidade e a integridade humanas, bem como o direito à autodeterminação são algumas das recomendações da Carta dos Direitos e Deveres do Doente, do Ministério da Saúde publicada pela Direção Geral da Saúde.

Em Radiologia, as boas práticas assentam num continuado desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico – científico, na qualidade assistencial prestada aos utentes, mediante uma avaliação sistemática nos processos e resultados, numa lógica de transparência e de responsabilização.

As instituições prestadoras de serviços de saúde são concebidas para satisfazer os utentes, atuando num universo onde o primado é dado à competência e à qualidade. Os serviços de radiologia, por serem serviços permanentemente utilizados pela maioria dos utentes, devem ter esta filosofia bem presente (Macedo e Rodrigues, 2009).

Motivar as equipas, facilitar a comunicação com uma gestão eficiente das instalações e equipamentos, contribuir para a qualidade de imagem facilitando o diagnóstico, desenvolver procedimentos e atitudes fornecendo à população serviços de saúde diferenciados, eficientes, em tempo útil, promovendo a sua satisfação, com respeito pela dignidade, favorece a melhoria contínua da qualidade e as boas práticas.

A preocupação com a qualidade e as boas práticas dos cuidados prestados é, foco de interesse e de extrema importância na medida em que, a garantia, monitorização e melhoria da qualidade devem ser um dos grandes objetivos de uma instituição de saúde face às atuais diversidades (Feldman; Gatto; Cunha, 2005).

Em Radiologia, são muitas as variáveis a considerar quando falamos de boas práticas.

Relativamente ao desempenho profissional deve o Técnico de Radiologia conceber, planear, organizar, aplicar, e avaliar o processo de trabalho com o objetivo da promoção da saúde, do diagnóstico e do tratamento, agindo sempre com o máximo de zelo em benefício do doente não descurando aspetos como:

#### **1. Acolhimento ao utente:**

- Verificar/confirmar os dados relativamente à identificação e exame prescrito;
- Explicar o procedimento quanto ao método de imagem;
- Assegurar as normas de proteção radiológica.

## 2. Exposição Radiológica - Benefícios no diagnóstico e na terapêutica

- Compreender quais os benefícios para a saúde, comparativamente com o que a exposição a radiação ionizante (RI) possa causar;
- Ponderar a eficácia de métodos de imagem alternativos disponíveis que não envolvam exposição à RI.

## 3. Limites de Dose de Radiação

- Conhecer os conceitos de dose equivalente como dose média absorvida por um determinado órgão ou tecido devido à radiação X e dose efetiva como a soma das doses equivalentes do órgão ou tecido, ponderadas para todos os órgãos e tecidos, através do fator de ponderação associado.

## 4. Eficácia do Exame Radiológico – Aplicação de normas de proteção e segurança radiológica

## 5. Radioproteção e Segurança - Práticas Radiológicas justificadas através dos princípios



O

Técnico de Radiologia deve evitar exposição desnecessária de RI em todas as situações profissionais, aplicando as regras aceitas e os princípios básicos de radioproteção em conformidade com a legislação em vigor (Código Deontológico, 2011):

- **ALARA** (*As Low As Reasonably Achievable*) - Para o diagnóstico a dose deve ser tão baixa quanto possível, desde que garanta a informação pretendida;
- **Justificação** - Ter em conta a razão benefício/risco quando comparado com técnicas alternativas disponíveis, que envolvam menos ou nenhuma exposição a radiações ionizantes.

Em radiologia, os sistemas de controlo da qualidade, de avaliação do desempenho, das boas práticas e de aperfeiçoamento contínuo são forçosamente objetivos a atingir a curto prazo.

*“Qualidade de serviços de cuidados de saúde é ir ao encontro das necessidades dos utentes mais necessitados, pelo custo mais baixo e de acordo com o regulamentado”*

Ovretveit, 1992

## 2.2 QUALIDADE EM SAÚDE

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno *et al*, 1990 *in* PNS 2012-2016). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

Qualidade em saúde depende da intervenção dirigida às estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização; aos processos decorrentes da própria prestação, como a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados; aos resultados, que incluem a reabilitação do doente, o controlo da doença crónica, a educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (Donabidien A, 1997).

Garantir a qualidade na prestação de cuidados é possível, através de programas de acreditação que constituem uma ferramenta com vantagens múltiplas que incluem o reconhecimento das boas práticas existentes, o apoio na aplicação de medidas com vista à melhoria e a uma comunicação efetiva (Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2013).

O programa de acreditação permite à organização implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade, assegurando que a todos os níveis o pessoal da organização questione o que está a ser feito, como está a fazê-lo e como poderão ser alcançados

melhores resultados de forma mais eficiente e eficaz (Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2013).

O programa possibilita também, que a organização se examine a si própria de forma crítica através de uma comparação com uma estrutura internacionalmente reconhecida de normas para organizações.

O processo de autoavaliação e análise externa interpares destaca as boas práticas e cria um plano para o desenvolvimento de serviços e equipas em toda a organização.

Otimizar a organização dos Serviços é propósito de qualquer Instituição, medindo a atenção dos profissionais e relacionando o desempenho com as boas práticas, porque a qualidade do desempenho profissional determina a qualidade dos resultados.

Otimizar a organização dos Serviços é propósito de qualquer Instituição, medindo a atenção dos profissionais e relacionando o desempenho com as boas práticas.

*“A Qualidade da nossa atenção determina a  
qualidade dos nossos resultados”*

Otto Scharme

### **2.3 MINDFULNESS**

Segundo (Shapiro *et al*,2006) o conceito de *Mindfulness* apresenta as suas raízes nas tradições contemplativas do oriente e está habitualmente ligado à prática formal de meditação.

Da tradução do termo “*Sati*” em Pali surgiu o termo *Mindfulness* para a língua inglesa.

Gregório, S. *et al* (2011) *in* (Pali Text Society,1921;1925 *in* Sillifant) o termo “*Sati*” significa recordar (ter presente o que acontece), reconhecimento consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida, autodetecção da consciência e a autoconsciência.

Segundo os mesmos autores, *in* (Sing *et al*.,2008) a definição de *Mindfulness* varia em função do seu contexto (social, psicológico, clínico ou espiritual) assim como também da perspectiva de análise se é investigador, clínico ou praticante.

Não existe consenso nas várias definições que subsistem na literatura aquando do esclarecimento e distinção dos componentes principais do *Mindfulness*, os processos psicológicos que envolve assim como as suas tecnologias e os seus resultados.

Há uma ambiguidade e ausência de definição operacional, com um constructo multifacetado, torna - o difícil de caracterização e operacionalização. (Gregório *et al*, 2011). A descrição do conceito tem variado ao longo do tempo de acordo com os autores que o descrevem.

Langer (1989) refere-o como um estado mental flexível no qual se está ativamente envolvido no presente, onde se observam novos fenómenos e se está sensível ao contexto.



Por sua vez, Kabat-Zinn (1990), relata-o como a capacidade de prestar atenção de propósito, no momento presente, de uma forma imparcial.

A concetualização do constructo de *Mindfulness* é visto como unidimensional por alguns autores e Brown e Ryan (2003) descrevem-no como uma experiência vivida ao perceber os de fenómenos internos ou externos que aconteceram no momento presente, ou seja definem a consciência (*awareness*) e a atenção no momento presente aos estímulos internos como pensamentos, emoções sensações físicas e externos como os componentes fundamentais do *Mindfulness* (Gregório, S. et al, 2011).

Bishop *et al* (2004) *in* Soler, *et al* (2012), afirmam que a aceitação é outro componente essencial da atenção, além de atenção e consciência do presente. *Mindfulness* pode ser percebida como uma construção bidimensional composta de consciência e aceitação simultânea sendo conceitualmente e empiricamente diferente, (Brown e Ryan, 2004 *in* Soler, *et al*, 2012), referem que embora os conceitos estejam relacionados, “aceitação” não garante vantagem qualitativa sobre o fator “atenção e consciencialização”.

Atenção plena é uma qualidade da consciência, no entanto, atenção plena representa também um desafio para o pensamento, considerado guia para o comportamento humano, (Brown *et al*, 2007 *in* Soler, *et al* 2012). Os mesmos autores referem ainda que a atenção não só facilita o controlo comportamental com fins adaptativos, mas também promove a regulação comportamental que otimiza o bem-estar. A consciência provocada por *Mindfulness* facilita respostas mais flexíveis e adaptáveis e ajuda a minimizar as reações automáticas ou impulsivas.

Assim, a atenção plena pode reforçar a capacidade de responder de acordo com os valores, objetivos ou necessidades pessoais, em vez de responder ou reagir a componentes de uma situação. *Mindfulness*, pode ainda funcionar através da inibição de pensamentos intrusivos, permitindo um processamento mais profundo de estímulos relevantes.

*Mindfulness* é a consciência que surge ao prestarmos atenção de determinada maneira, de propósito, no momento presente e sem julgamentos.

*Mindfulness* como constructo tem tido muita atenção nos estudos clínicos, e a sua eficácia é testada nas intervenções baseadas neste conceito, que a usam para tratar casos de ansiedade, doenças relacionadas com o stress, dor crónica, depressão, insónias, défice de atenção entre outras patologias.

Os quatro programas principais empiricamente validados que treinam a prática de *Mindfulness* e seus autores são:

1. *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de Jon Kabat-Zinn;
2. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) de Segal, Williams & Teasdale;
3. *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) de Marsha Linehan;
4. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) de Steven Hayes.

Para a compreensão da natureza do constructo de *Mindfulness* houve necessidade de criar medidas, indispensáveis para o entendimento da natureza do *Mindfulness* e dos componentes e mecanismos onde exerce o seu potencial efeito (Baer *et al.*, 2006).

Nos últimos anos, foram desenvolvidos vários instrumentos para medir a atenção plena quer como um estado quer como uma característica.

Todos os formatos de questionários de auto resposta não só diferem na definição subjacente do conceito de *Mindfulness* e sua operacionalização, como em termos de conteúdo e do fator da sua estrutura (Baer, 2011; Sauer & Baer, 2010).

Alguns dos questionários de medição de *Mindfulness* são:

- *Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised* (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007);
- *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; Buchheld, Grossman, & Walach, 2001; Walach, Buchheld, Grossman, & Schmidt, 2006);
- *Toronto Mindfulness Scale* (TMS; Lau, Bishop, Segal, Buis, Anderson, Carlson, Shapiro, & Carmody, 2006);
- *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004);

- *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown, & Ryan, 2003);
- *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; Baer, Smith, Lykins, Button, Krietemeyer, Sauer, & Walsh, 2008), *In* (Gregório, S. et al, 2011).

Alguns destes questionários já foram validados por investigadores portugueses (Gregório, S. et al, 2011) nomeadamente *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) e *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ). Mais recentemente foi estudado o impacto que o *Mindfulness* pode trazer para o contexto de trabalho.

Markus, P. et al (2015) no artigo “*Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional*” através de uma revisão de literatura inserem o conceito no contexto de trabalho e ambiente organizacional. Refere há evidência nos resultados obtidos que as práticas de *Mindfulness* contribuem para a satisfação e desempenho no trabalho, com regulação emocional, com redução de exaustão emocional e de *burnout*, envolvimento no trabalho melhorando os vínculos pessoais. Sugerem ainda, que as pesquisas efetuadas têm um papel importante e potencial do *Mindfulness* no local de trabalho e que pode ser influenciado não só por fatores pessoais, mas por diferentes fatores ambientais e situacionais.

*Mindfulness* é um meio eficaz para as organizações e colaboradores estarem ~~mais~~ preparados para os desafios do trabalho diário, com benefícios que se podem estender para o bem-estar emocional e de saúde, gerando melhor qualidade de vida. A aplicação de *Mindfulness* tem compreendido áreas como a formação, educação e gestão de serviços de saúde.

## **2.5 ESCALA DE MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS)**

A MAAS é um instrumento de simples e rápida aplicação, que permite avaliar a capacidade de atenção. A *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown & Ryan, 2003) é uma das escalas mais usuais para medir a atenção plena.

As diferentes formas de medir a atenção, refletem a diversidade de definições, com escalas que variam em complexidade a partir da utilização de um único fator, a atenção para o momento presente, (Brown e Ryan, 2004 *in* Soler, *et al*, 2012).

A *Mindful Attention Awareness Scale* avalia a capacidade de disposição de um indivíduo para estar alerta e consciente da experiência do momento presente, na vida quotidiana.

A escala é composta por 15 itens, cada um dos quais é uma afirmação expressa numa frase declarativa. Os assuntos a medir são os que aconteceram frequentemente e o quanto foram experimentados numa dada situação, usando uma escala de Likert de 6 pontos.

Esta escala concentra-se na presença ou ausência de atenção e consciência do que está a ocorrer no momento presente, em vez de tentar medir atributos como aceitação, confiança, empatia, gratidão, ou outros relacionados com a plena consciência.

O MAAS, é utilizado para avaliar as diferenças individuais na frequência de atenção ao longo de um período de tempo, podendo relacioná-las com o desempenho profissional.

Brown & Ryan, (2003) no seu estudo inicial, testaram-na através de uma série de medidas que indicaram boas propriedades psicométricas.

A escala MAAS provou ser uma medida unidimensional com alta consistência interna, com itens com valores de discriminação adequados e cargas fatoriais altas no primeiro fator, assim como evidências de validade externa.

A escala foi adaptada e validada em diferentes países e culturas, incluindo

- França por Jermann *et al.*, (2009);
- Alemanha com Michalak, Heidenreich, Ströhle, & Nachtigall, (2008);
- Holanda por Schroevers, Nyklicek, & Topman, (2008);
- Suécia com Hansen, Lundh, Homman, & Wangby-Lundh, (2009);
- Turquia com Catak, (2012);
- China por Deng *et al.*, (2012),

- Espanha por Soler *et al.*, (2012);
- Portugal com Gregório, S. *et al.*, (2011);
- Brasil com Barros, V. *et al.*, (2015).

Em Portugal, alguns autores utilizaram este instrumento de medida MAAS em conjunto com outras escalas, foi o caso de Gregório, S. *et al.* (2013) com “*Mindful Attention and Awareness: Relationships with Psychopathology and Emotion Regulation*”, neste trabalho visou analisar o MAAS e suas características psicométricas e validá-lo para a população portuguesa.

Já em 2010 Duarte, C. *et al.*, no trabalho desenvolvido “O traço de *Mindfulness* como protetor nos comportamentos bulímicos” pretendeu contribuir para a compreensão do poder preditivo do *Mindfulness* no âmbito dos comportamentos bulímicos, utilizando a escala MAAS. Por sua vez Oliveira, C. (2013) propôs-se estudar os “Determinantes psicossociais da dor sexual na mulher portuguesa” onde avaliou a influência do *Mindfulness* do afeto-traço, dos pensamentos automáticos das crenças sexuais, da percepção, vigilância e catastrofização face à dor, da percepção da resposta do outro significativo à dor, da autoestima, da autoestima sexual, do ajustamento diádico e do funcionamento sexual em 3 grupos diferentes, utilizando em conjunto a escala de MAAS.

Paz, G. (2015) na sua investigação sobre a “Relação entre o *Mindfulness*, o stress, a satisfação com a vida e o desempenho académico nos estudantes de medicina da universidade da Beira Interior”, em que o objetivo principal era verificar se havia associação entre o *Mindfulness*, o stress, a satisfação com a vida e o desempenho académico nos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior, utilizou a escala MAAS, juntamente com outras escalas.

*“The important thing is not to stop questioning. Curiosity has its own reason for existing.  
One cannot help but be in awe when one contemplates the mysteries of eternity...  
Never lose a holy curiosity.”*

*Albert Einstein*

## **2.5 A ORGANIZAÇÃO**

Vivemos numa época de grande competitividade. Para garantir a sobrevivência e boa aceitação no mercado, as organizações mais conscientes do seu papel procuram conhecer novas teorias e métodos para conquistar a satisfação dos seus “clientes”.

A complexidade inerente aos atuais desafios organizacionais realça a importância do contributo dado pelo desenvolvimento das competências em gestão e na definição dos caminhos a seguir. No sector da Saúde, mais do que nunca, a mudança e a dinâmica das organizações fazem-se com o empenho e a vontade de todos os profissionais, numa coordenação de esforços, no sentido de assegurar e melhorar sempre a Qualidade nos cuidados prestados.

Nesta perspetiva, as instituições do sector da saúde não fogem a essas inevitáveis e necessárias mudanças. Para os profissionais inseridos nessas organizações este facto tem sido visto como um processo consciente, singular e de experiência ampla na busca de novas propostas e estratégias que gerem impactos significativos nos índices da saúde da população.

A prática do sector saúde tem passado por mudanças nos contextos social, político, económico e cultural. No quotidiano dos seus trabalhos estes profissionais têm assumido tarefas mais complexas relacionadas à profissão e à organização, fundamentadas na divisão do trabalho, o que vem gerando cada vez mais a necessidade do seu compromisso perante ao serviço.

Subscrevendo a afirmação de Godet (1993: 261), *in* Leitão (2005) de que “Para saber onde se quer ir, há que saber onde se está ...”, é um imperativo repensar as organizações, analisando os elementos responsáveis pelas práticas gestionárias correntes, a forma como elas funcionam e ainda a influência que instilam no comportamento do capital humano: “(...) as organizações funcionam da forma como funcionam, porque nós funcionamos dessa forma, nenhuma mudança organizacional significativa pode ser realizada sem que se efetuem profundas mudanças nas formas de pensar e interagir das pessoas” (Senge, 1999: 13).

Na sociedade moderna, quase todo o método produtivo é realizado dentro do que denominamos de organizações. A sociedade caracteriza-se por ser formada por organizações onde o homem passa grande parte do seu dia, uma vez que se depende das mesmas para nascer, viver, aprender, trabalhar, ganhar um salário, curar doenças, obter produtos e serviços, entre outros, (Chiavenato, 1995).

De acordo com Maximiano, (1992) uma organização é um cruzamento de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Através duma organização torna-se possível prosseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para um só indivíduo.

A análise das estruturas organizacionais é de grande importância para o entendimento da maturidade, pois é nesse ambiente que se processam as relações entre o profissional e a execução das atividades dos projetos, procurando atingir objetivos estratégicos previamente estabelecidos.

Os hospitais são organizações com elevado índice de complexidade, desenvolvendo a sua atividade num sistema composto por variados agentes, de natureza e níveis diferentes, interagindo com praticamente todas representações da sociedade civil.

Tratando-se de uma organização com características tipicamente técnico-profissionais, grande parte do esforço de gestão, para ser eficaz, deve centralizar-se a nível de cada prestador, com competência para determinar a qualidade e quantidade dos recursos a

utilizar em cada situação individual, transformando o exercício da gestão num processo ainda mais complicado e de difícil implementação, (Ministério da Saúde, 1998).

As boas práticas numa organização, são influenciadas em particular pelo desempenho dos seus colaboradores e a nível macro por múltiplas variáveis intervenientes nessa organização.



*“No passado recente o mundo organizacional era o baluarte da racionalidade e da técnica e o espaço de alienação por excelência do capital intelectual”*

Lopes, A. & Reto, L. (1990: 17)

### **2.5.1 CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL**

O clima influencia quer a motivação e comportamento dos indivíduos, quer a produtividade organizacional, Neves (2001).

James e Jones (1974) citados por Neves em Ferreira et al (2001), definem clima como o conjunto das percepções que refletem a forma como os ambientes de trabalho, incluindo os atributos organizacionais, são cognitivamente apreendidos e representados em termos do que significam para os indivíduos que os percebem. Numa perspetiva psicológica, segundo o mesmo autor o clima é importante para o indivíduo na medida em que é a expressão da forma como ele compreende o seu ambiente de trabalho, o qual pode ser diferente do percebido por outros.

O clima organizacional deve ser entendido, como algo mais que um conjunto de percepções tidas pelos sujeitos acerca das características organizacionais. O clima surge como uma dimensão da cultura com a qual interage e se relaciona.

Rosa (2002), define cultura como a totalidade das aptidões, crenças, conhecimentos, atitudes e objetos de natureza transmissiva e tendencialmente expansiva, que caracterizam o desempenho humano.

A cultura completa a estrutura organizacional, na adoção de um sistema de relações promovendo a integração e coordenação da organização. É um elo de ligação entre todos os membros da organização, originando um espírito de união em torno dos valores partilhados.

A estrutura da sociedade atual e a forma como vivemos é o resultado das transformações sociais, económicas e políticas, operadas aos modos e padrões de vida dos indivíduos que

caracterizaram as sociedades ao longo dos tempos, sendo que a Cultura é um fator relevante na compreensão e na resolução dos problemas intergrupais, fornecendo elementos e critérios essenciais para a análise do funcionamento duma organização, (Ferreira, 2011).

A cultura é um modelo de propósitos essenciais, inventados, descobertos ou desenvolvidos por um grupo, como os seus conhecimentos para encarar os problemas de adaptação externa e de integração interna, que foram razoavelmente bem testados para serem considerados válidos e por isso ministrados mediante processos de socialização aos novos membros como a forma correta de proceder, pensar e sentir em relação a tais problemas, Schein (1990), citado por Neves em Ferreira et al (2001).

Para Schein (1992), Uma maneira realista de analisar a cultura, é considerá-la como: "*all the shared, taken-for-granted assumptions that a group has learned throughout its history*".

Nas organizações complexas, Schein (1992) refere a sobreposição das culturas de grupo, com fronteiras pouco precisas e muito fluidas, que permitem o aparecimento de nichos de cultura, culturas sobrepostas, e por vezes, até culturas contrastantes.

Na perspetiva de Cameron e Quinn (1999), cada cultura é geralmente traduzida por uma linguagem única, símbolos, regras e sentimentos éticos. A cultura organizacional é refletida pelo que é valorado relativamente a estilo de liderança, linguagem, símbolos, procedimentos, rotinas e definições de sucesso que fazem uma organização única. No entanto, dentro de uma organização cada subunidade funcional ou departamento, grupos de produção, níveis de hierarquia, ou equipas também desenvolvem a sua própria cultura, enquadrada na matriz cultural da organização global.

Cada instituição possui uma cultura própria, influenciada não só pelos líderes, bem como pela estratégia seguida. Assim a cultura vai ter impacto sobre o desempenho, profissional e nas boas práticas criando um sentido de identidade, um empenho coletivo, um aumento de estabilidade, servindo como referência para induzir convergência de comportamentos com os princípios da organização.

*O conceito de Liderança aparece intimamente associado aos conceitos de poder e de autoridade, Jesuíno (1999).*

*A liderança é talvez a área mais investigada e a menos compreendida do comportamento organizacional, Martin & Henderson (2001)*

### 2.5.2 LIDERANÇA

Liderança é o modo de influenciar outros de forma a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou de outra forma, a aptidão para influenciar um grupo a atuar no sentido da continuação dos objetivos do grupo. A liderança é assim uma das muitas tarefas de um gestor, a forma como é exercida vai ter grandes repercussões não só na evolução da organização mas também na forma como esta é vista pelos seus colaboradores e pelos restantes *stakeholders*, Teixeira (1998).

Segundo Neves (2000), a liderança é o processo através do qual se exerce alguma persuasão no desempenho de uma função de grupo, vocacionada para a produção de resultados, desde que aceites pelos membros que integram o grupo. A liderança é assim, um meio que auxilia o grupo a atingir os objetivos propostos numa determinada situação, sendo necessária em todos os tipos de organização humana, e igualmente essencial em todas as demais funções de administração: planeamento organizacional, direção e controlo. Para Yukl (1998, p.5) *“liderança é um processo através do qual um membro de um grupo ou organização influencia a interpretação dos eventos pelos restantes membros, a escolha dos objetivos e estratégias, a organização das atividades de trabalho, a motivação das pessoas para alcançar os objetivos, a manutenção das relações de cooperação, o desenvolvimento de competências, a confiança pelos membros e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização”*, ou seja, a liderança é um processo que influencia o desempenho profissional, devendo o líder ter visão estratégica, ser coerente, conhecer a maturidade individual dos seus colaboradores, de forma a tratar corretamente cada um dos membros da organização, tratando-os com respeito e percebendo as suas diferenças individuais. Menezes (2008) refere que a relação estabelecida entre líderes e liderados determina o desempenho profissional.

John Kotter, citado por Teixeira (1998), refere que a grande diferença entre gestão e liderança reside na dificuldade dos tempos, ou seja é fácil sobreviver com uma boa gestão associada a uma boa liderança quando os tempos são calmos, no entanto quando a crise se instala não se interroga a forma como as pessoas são geridas, importa sim a forma como são lideradas.

A liderança assume um papel de tal forma importante na gestão das organizações, que muitas vezes tende a confundir-se liderança com gestão. Contudo, nem todos os líderes são gestores e nem todos os gestores, só porque o são, são líderes.

Neves citado em Ferreira *et al* (2001), associam eficácia do estilo de liderança com consideração e estruturação elevadas, surgindo a ideia de que o líder ideal seria aquele que se relacionasse bem com os colaboradores e que simultaneamente se empenhasse de forma ativa na definição, condução e controlo das atividades do grupo.

A escolha do estilo de liderança nem sempre é tarefa óbvia. Há fatores que afetam essa escolha: *Os que se relacionam com o próprio líder – convicções, experiência vivida, competência - Os que dizem respeito aos liderados – atitude face ao trabalho, à autoridade, ao grau de maturidade, experiências e aptidões - Os que se referem à situação em presença, dimensão do grupo, objetivos, momento de crise, tipo de trabalho e tipo de gestão de topo.* Teixeira (1998).

O estilo deve mudar de acordo com a constituição do grupo e condição do momento.

No cenário atual, aposta-se nos líderes de mudança, aqueles que através da sua visão têm um impacto significativo nas organizações. São líderes carismáticos, com autoconfiança, capacidade de comunicar, sensibilidade à evolução do meio envolvente, forte convicção a quem os subordinados atribuem capacidade de liderança.

A liderança influencia o desempenho profissional e as boas práticas dentro das organizações. Para ser eficaz deve ser ajustada à situação, de forma a aumentar a confiança e motivação dos colaboradores tendo em vista os objetivos a alcançar.

*“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder motivação”*

*Winston Churchill*

### 2.5.3 MOTIVAÇÃO

Motivação é a vontade de uma pessoa desenvolver esforços com vista à prossecução dos objetivos da organização. Steiner, define-a como uma condição interna que orienta o comportamento no sentido de metas e objetivos. Para Koontz, é toda a classe de impulsos, desejos, necessidades e forças semelhantes (Teixeira, 1998).

A motivação dinamiza e orienta os comportamentos para uma finalidade. Deverá constituir prioridade no gestor, o desenvolvimento de um elevado nível de motivação por parte dos seus colaboradores.

Sendo a motivação dinamizadora e orientadora dos comportamentos dos indivíduos para uma finalidade, os líderes das organizações deverão ter capacidade de desenvolver altos níveis de motivação nos seus colaboradores em benefício da satisfação (Almeida, 2005). Desta forma, a motivação é considerada como um dos fatores determinantes e imprescindíveis nas organizações que pretendem atingir o êxito, pois, funciona como um dinamizador e impulsionador do comportamento humano (Chiavenato, 2004).

Para Antunes (2001), o bom desempenho profissional só é conseguido com motivação e incentivo. Já para Neves *in* Ferreira *et al.* (2001), as pessoas não só são diferentes em relação àquilo que as motiva, como as suas motivações variam com o tempo. O tipo de incentivos pode estimular alguns colaboradores, enquanto que para outros poderá ser indiferente ou até desmotivador.

A compreensão dos fatores que interferem na motivação e desmotivação dos membros de uma organização torna-se fundamental, para a criação de medidas que promovam a satisfação e o bem-estar dos seus colaboradores, conquistando assim, uma melhoria do desempenho organizacional (Gonçalves, 2010).

Alguns autores procuram dividir as teorias da motivação em *Content theories* e *process theories*, sendo que as primeiras tratam dos fatores que motivam os indivíduos e as segundas referem-se ao processo de motivação (Galhanas, 2009).

De forma sucinta as tabelas nº1 e nº2 apresentam as teorias *Content Theories* e *Process Theories*:

Tabela 1 - **Resumo das Content Theories e dos seus Pressupostos**

<b>Content Theories</b>	<b>Maslow (1954)</b>	Os indivíduos são motivados através de uma hierarquia de cinco tipos de necessidades sendo que as de nível superior só são satisfeitas quando as do nível imediatamente inferior se encontram satisfeitas.
	<b>Herzberg (1966)</b>	Considera duas ordens de factores associados à motivação: os factores higiénicos e os factores motivadores, sendo que os primeiros evitam a insatisfação enquanto os segundos conduzem à satisfação.
	<b>Alderfer (1972)</b>	Defende 3 categorias de necessidades que conduzem à motivação: Existência, Relação e Crescimento. Quando o indivíduo não consegue satisfazer um determinado tipo de necessidades tende a redobrar esforços no sentido de satisfazer a categoria de necessidades inferior, o que pode conduzir a frustração.
	<b>McClelland (1961)</b>	Postula que a motivação ocorre pela satisfação de três tipos de necessidades: realização, afiliação e poder. Todos os indivíduos possuem estes três tipos de necessidades embora com predominância de uma em relação às restantes.
	<b>Katz &amp; Kahn (1966)</b>	Distinguem quatro tipos de factores que influenciam o nível de motivação dos indivíduos: obediência à lei, satisfação instrumental, auto-expansão e internacionalização, e valores, sendo que determinados incentivos conduzem a determinados tipos de comportamento.
	<b>McGregor (1960)</b>	Apresenta duas abordagens antagónicas, as teorias X e Y, acerca da administração: a teoria X considera que a natureza humana é indolente e não gosta de trabalhar; a teoria Y propõe que os seres humanos são bons e direccionados para o trabalho.

Fonte: Adaptado de Galhanas (2009, p.8)

Tabela 2 - **Resumo das Process Theories e dos seus Pressupostos**

<b>Process Theories</b>	<b>Vroom (1964)</b>	Sugere que a motivação depende da expectativa que o indivíduo tem em ser recompensado face ao trabalho desempenhado.
	<b>Porter &amp; Lawler</b>	Considera quatro variáveis que condicionam a motivação: o esforço, o desempenho, as recompensas e a satisfação.
	<b>Adams (1968)</b>	Enfatiza a percepção pessoal do indivíduo sobre a razoabilidade ou justiça relativa na sua relação laboral com a organização.
	<b>Locke (1968)</b>	Defende que a maior fonte de motivação reside na fixação de objectivos específicos e difíceis de atingir.

Fonte: Adaptado de Galhanas (2009, p.9)

A motivação estabelece como que uma relação de causa-efeito com o desempenho profissional e as boas práticas na organização.

*A satisfação no trabalho é uma das variáveis mais importantes ao nível do Desempenho Organizacional*

*Alcobia in Ferreira et al (2001)*

#### **2.5.4 DESEMPENHO**

As Organizações de Saúde e, em particular, os Hospitais, caracterizam-se pela importância do seu centro operacional, é aí que se situa o poder. Perante o desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico e de um complexo e sofisticado equipamento, são exigidos profissionais altamente especializados. Estes profissionais detêm grande autonomia para a realização do seu trabalho, (Mintzberg, 2004).

Em Organizações de Saúde, é imprescindível que os profissionais detenham um elevado desempenho profissional contribuindo de forma positiva para atingir a missão da Organização prestar cuidados de saúde diferenciados, (Mintzberg, 2004).

Siqueira (2002), define desempenho como o comportamento efetivo do empregado face a uma expectativa ou um padrão de comportamento estabelecido pela organização.

Desempenho individual ou de grupo, é a forma como é feito e quando é feito o que é esperado ser feito, (Seixo, 2004).

Para Chiavenato (2000) desempenho é o comportamento do avaliado no sentido de realizar os objetivos formulados, constituindo uma estratégia individual para atingir os objetivos pretendidos.

O desempenho refere-se à atuação do empregado face a um cargo que ocupa na organização, tendo em conta as responsabilidades, as atividades e tarefas que lhe foram atribuídas, assim como os resultados que dele se esperam.

Para Grossman e Sims, *in* Justo (2002), estas responsabilidades podem ser melhor interiorizadas através de alterações organizativas, de modo a facilitar uma otimização do desempenho, incentivos à formação contínua, programas de melhoria da qualidade e esquemas de pagamento mais atrativos.

Não é possível compreender o comportamento das pessoas sem conhecer minimamente a motivação humana.

A motivação é uma força que leva o indivíduo a agir de determinada maneira e a atingir um certo grau no seu desempenho em termos de qualidade e quantidade de trabalho, (Chiavenato 2000).

De forma similar, Spector (1997) *in* Ferreira *et al* (2002), referiram ser múltiplos os constrangimentos que influenciam o nível de desempenho do indivíduo, afirmando que um dos principais se traduz no grau de satisfação no trabalho.



*“Há duas tragédias na vida:  
uma a de não satisfazermos os nossos desejos,  
a outra a dos satisfazermos”*

Oscar Wilde

### 2.5.5 SATISFAÇÃO

Satisfação deriva do étimo latino *satisfactione*, que significa prazer, contentamento, que resulta da realização do que é desejado ou esperado. Para Vala *et al* (1994) a satisfação no trabalho pode ser definida como um constructo [modelo idealizado na observação, criado para relacionar essa observação com um enquadramento teórico] que pretende transmitir um estado emocional positivo ou uma atitude positiva perante o trabalho e as experiências em contexto de trabalho.

A satisfação no trabalho é uma das variáveis mais importantes ao nível do comportamento organizacional, Alcobia *in* Ferreira *et al* (2001).

Satisfação relaciona-se com conceitos de autonomia, de cumprimento e de desempenho.

A nível organizacional, satisfação relaciona-se com a influência que tem no comportamento e desempenho dos colaboradores, bem como na produtividade. Satisfação no trabalho resulta do bem-estar, da saúde psicológica, do respeito podendo influenciar o funcionamento organizacional e contribuir para o incremento da produtividade, Locke *in* Luthans (1995).

A satisfação aparece, como uma atitude face a um objeto, neste caso os serviços de saúde nas várias vertentes, nomeadamente profissionais de saúde, cuidados prestados e respetivos resultados.

De acordo com Teixeira (1998), a satisfação depende em grande escala da avaliação que se faz do desempenho dos colaboradores, comparando-o com padrões já por si sustentados, com realizações ou atuações que tenham vivido anteriormente. No entanto, nas áreas

menos técnicas e mais comportamentais, muitas vezes acontece que não só os padrões de desempenho são difíceis de definir, mas também de efetuar a sua avaliação.

Os indivíduos que melhor desempenham as suas funções e que, em consequência recebem recompensas adequadas, apresentam níveis de satisfação elevados. (Caldwell e O'Reilly, 1990; Jacobs e Solomon, 1977), *in Ferreira et al* (2001).

A satisfação ainda que não sendo sobreponível à noção de qualidade dos serviços configura-se como um indicador precioso da qualidade em saúde.

Em Portugal a avaliação do nível de satisfação dos profissionais de saúde, constitui um dos critérios a par de outros, de avaliação permanente do SNS (Lei 48/90, de 24 de Agosto).

*O conhecimento é o fulcro de qualquer organização, pela qual se garante a sustentabilidade organizacional e a diferenciação perante a concorrência.*

Franco, Ferreira, (2007)

### **2.5.6 FORMAÇÃO**

A valorização profissional, é uma necessidade contínua dos profissionais colocados perante novos desafios. A modernização, a introdução de tecnologias diferenciadas, a crescente autonomia dos profissionais na área do saber fazer, as expectativas relacionadas com a carreira profissional, a necessidade de resposta imediata perante as mais diversas situações, são indicadores de necessidade de procura de formação.

A formação emerge assim como um importante instrumento da gestão de recursos humanos, caracterizada pela crescente exigência de maior qualificação, autonomia e desenvolvimento de novas competências. No entanto para que responda às atuais exigências é necessário que seja encarada como um investimento planeado e enquadrado na estratégia da organização (Sousa,2003).

Embora possa adotar várias vertentes, o objetivo major da formação é o de maximizar o desempenho e as boas práticas por parte do indivíduo, com vista a suprimir as necessidades de formação na organização. No entanto um diagnóstico correto das necessidades de formação, pressupõe conhecimento das características da função desempenhada pelo indivíduo, suas capacidades, conhecimentos, e potencial (Sousa,2003).

A formação mesmo individual tem sempre retorno institucional, assumindo uma importância fundamental na dinâmica de qualquer organização, daí que deva ser encarada como um investimento e os seus custos contabilizados numa perspetiva de retorno, Pereira (1996).

A formação é considerada uma das ferramentas elementares da gestão de recursos humanos, com o intuito de reorganizar conteúdos e reeducar. É possível inferir que a formação é uma atividade que altera o comportamento das pessoas. A importância da formação deve-se à vontade das organizações aumentarem a sua produtividade, na forma

de conhecimento, e naturalmente destacarem-se no mercado. A formação é essencial para motivar e o desenvolver novas competências, de forma a assegurar um desempenho mais adequado.

É igualmente um fator estratégico de desenvolvimento e competitividade organizacional.

A necessidade de qualificar os profissionais, adequar as suas competências às necessidades dos utentes e às exigências dos processos, elevam a formação à condição de processo de gestão fundamental para a valorização organizacional, Domingues, Neves, (2009).

O princípio de que o individuo deverá estar constantemente a aprender e a atualizar-se, de modo a conseguir adaptar-se às constantes mutações do meio envolvente, foi crucial para reforçar a importância atribuída à formação, Velada, (2007).

Uma organização que aprende e que gere conhecimento, tem obrigatoriamente uma forte aposta na formação dos seus profissionais. A formação é considerada uma ferramenta de gestão fundamental para a melhoria contínua do desempenho e compromisso dos colaboradores.

Neste contexto o desempenho profissional surge como fonte de informação a ser utilizada cumulativamente no diagnóstico de necessidades de formação, Sousa (2003).

*O comportamento das pessoas em situação de trabalho é influenciado pela forma como as pessoas percebem a realidade que as rodeia*

**Ferreira et al, (2001)**

### **2.5.7 PERCEPÇÕES**

Percepção é um processo automático de organizar e de estruturar características provenientes de um conjunto complexo de estímulos num todo explicável e com significação. Acontece por vezes que o resultado de um ato perceptivo é substancialmente diferente da realidade objetiva. Assim sendo o comportamento das pessoas na situação de trabalho é influenciado pela forma como estas percebem a realidade que as rodeia, percepção essa que muitas vezes é função daquilo que é indicativo e relevante para a pessoa em si, e não, função da natureza objetiva da realidade percebida. É por isso fundamental estudar a percepção no contexto da psicossociologia das organizações.

São os estímulos com que nos confrontamos diariamente que dão origem ao fenómeno da percepção. As percepções que temos de alguém influenciam o nosso comportamento, perante esse alguém e o nosso comportamento, pode influenciar a resposta da pessoa percebida. Para perceber algo é necessário a existência de um contexto, mas não basta perceber, é necessário ser capaz de o localizar, em termos de dimensão, Neves *in* Ferreira *et al* (2001).

O desempenho profissional é o contexto que queremos perceber. Sabemos que o ambiente de mudança que se vive nos hospitais portugueses, impõe às organizações uma dinâmica de ajuste às transformações, exigindo uma visão empresarial por parte das chefias, requerendo um exercício de percepção para auditar os pontos fracos e fortes dos seus colaboradores, tendo em vista a revisão e atualização constante do ambiente organizacional e a implementação de ações criativas e inovadoras, que assegurem, qualidade, rapidez, credibilidade e competitividade, (Almeida, 2005).

É por isso essencial conhecer as percepções dos técnicos de radiologia face ao desempenho profissional e às boas práticas em vigor na sua organização e a forma como se relacionam.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DE ESTUDO

Para avaliar as boas práticas em Radiologia através da aplicação de uma escala de atenção na prática diária dos profissionais, considerando a questão e os objetivos de investigação, optou-se por um estudo exploratório e descritivo, seguindo a estratégia de estudo de caso único com uma abordagem qualitativa.

O estudo de caso como estratégia de pesquisa, orienta a pesquisa de explicações e interpretações credíveis para situações que envolvam fenómenos sociais complexos. Assim, este tipo de estudo assume-se especialmente ajustado quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Desta forma é recomendado que o estudo de caso seja utilizado quando a investigação se encontra numa fase inicial e exploratória do objeto em estudo (Yin, 2001).

Para Yin (2001), existem vários tipos de estudos de caso em função dos seus objetivos: *Exploratório*, quando o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o objeto em estudo, tornando-o mais explícito e gerando conhecimento numa área pouco estudada; *Explicativo*, quando o objetivo é realizar uma ligação entre um evento e os seus efeitos; e *Descritivo*, quando o objetivo primordial é a descrição das características de uma determinada população, de forma a ilustrar eventos e contextos específicos, focando-se nas características que definem o objeto de estudo.

Os estudos de caso podem ainda ser classificados segundo o número de casos em estudo: *Estudo de Caso Único*, quando existe um único caso a analisar. Este tipo de estudo é justificável quando representa, uma verificação crucial da teoria existente, quando representa uma circunstância invulgar ou particular, quando representa um caso típico ou representativo, ou quando o caso serve a um propósito revelador ou longitudinal; *Estudo de Caso Múltiplo*, quando existe múltiplos casos a analisar no mesmo estudo, considera-se um

estudo mais consistente quando comparado com o estudo de caso único, permitindo maiores generalizações.

O presente estudo enquadra-se em *Estudo de Caso Único*, tendo em conta que o fenómeno a explorar é único e específico, com características próprias e que ainda não foi alvo de exploração científica. Assim, o estudo de investigação visa estudar detalhadamente as boas práticas em Radiologia através da aplicação de uma escala de atenção na prática diária dos profissionais da ADPI do CHLC, com um objetivo preciso de traçar novas estratégias que promovam um melhor desempenho profissional. Sendo a ADPI detentora de especificidades ímpares e considerada um caso único de estudo, não se pretende realizar comparações com fenómenos similares quer a nível nacional quer internacional.

Exploratório, dado que houve necessidade de pesquisar na literatura para construir o quadro base de análise. Descritivo porque “a finalidade dos estudos descritivos é obter informação acerca do estado atual do fenómeno de interesse”. (Polit e Hungler, 1991).

Com abordagem qualitativa, uma vez que os dados recolhidos centram-se na evidência das relações existentes entre os conceitos, descrições, explicações e os significados dados pelos participantes e o investigador relativamente ao fenómeno (Fortin, 2009).

A investigação qualitativa é descritiva, deve ser rigorosa e resulta objetivamente dos dados recolhidos, que devem respeitar tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registados ou transcritos de modo a garantir a fiabilidade (Carmo *et al*, 1998).

Para Polit e Hungler (1991) “a investigação qualitativa baseia-se com frequência na premissa que o conhecimento dos seres humanos não é possível sem descrever as experiências dos próprios homens, da forma como as vivem e como as descrevem eles mesmos”.

O instrumento utilizado para recolha de dados foi um questionário (versão espanhola da escala de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) adaptada), composto por 11 itens, aos quais se adicionou 12 questões ligadas ao desempenho profissional dos Técnicos de Radiologia.

### 3.2 CONTEXTO

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE foi criado pelo DL nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro e visava a integração numa mesma organização de quatro unidades hospitalares: Hospital Dona Estefânia, Hospital de São José, Hospital de Santo António dos Capuchos e Hospital de Santa Marta (Fig.2).

Em 2012 o CHLC contou com a integração de mais duas unidades hospitalares: Maternidade Dr. Alfredo da Costa e Hospital Curry Cabral (Regulamento interno do CHLC, EPE).



**Figura 2** - Polos Hospitalares que integram o CHLC

O CHLC, é uma organização pública do SNS, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (Regulamento interno do CHLC, EPE).

A Área Diagnóstico por Imagem constituída pelos seis serviços de Radiologia dos seis hospitais que integram o CHLC, tem como missão: a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde da população, garantindo uma prestação de cuidados com base em boas práticas de diagnóstico e de humanização, aliando competência, inovação e respeito pela dignidade, bem-estar e valores fundamentais dos utentes. Garantindo a cada utente a execução do



exame correto para esclarecimento do seu quadro clínico, providenciando uma melhor qualidade em diagnóstico e intervenção por imagem, com programas de investigação e formação contínua, comprometendo-se na motivação e no desenvolvimento profissional de todos os colaboradores.

Promover a saúde e a educação para a saúde, num ambiente seguro e no respeito pelo meio em que se insere. Para dar cumprimento à missão, a Área conta com recursos humanos de elevada competência técnica e científica para as atividades que exerce com base num desenvolvimento económico e financeiro sustentável.

Quanto aos objetivos definidos para a Área são de acordo com a missão: (i) promover o cumprimento da execução dos objetivos fixados no Plano de Atividades; (ii) assegurar o cumprimento de uma política informativa que sirva de base, na área assistencial, à implementação de uma cadeia clara de responsabilização dos diversos Polos pelos resultados obtidos e pela utilização de recursos atribuídos e que, simultaneamente, viabilize um modelo de gestão participado e orientado para a qualidade; (iii) desenvolver políticas de gestão centradas no utente e na prestação de procedimentos de elevada qualidade; (iv) promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, apostando na qualificação e motivação profissional como incentivo à diferenciação otimizando a qualidade de prestação de serviços aos utentes; (v) desenvolver boas práticas com eficiência operacional; (vi) contribuir para o equilíbrio económico e financeiro de forma eficiente assegurando a monitorização regular da sua atividade e performance (Manual da Qualidade da ADPI do CHLC).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação, Fortin (2009). Numa pesquisa o universo ou a população, depende, do assunto a ser investigado e a amostra, fração ou parcela do universo que será submetida à verificação, é determinada por uma técnica específica de amostragem, Marconi e Lakatos (2002).

A população do presente estudo é constituída por todos os Técnicos de Radiologia da ADPI do CHLC.

Quanto à amostra de acordo com Marconi e Lakatos (2002), é um subconjunto do universo, ou uma fração convenientemente selecionada desse universo. A amostra selecionada é de conveniência e corresponde a 97 Técnicos da ADPI.

Este tipo de amostragem não é representativo da população, ocorre quando os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência, sendo por isso de carácter intencional, não probabilística, uma vez que os sujeitos em estudo, foram selecionados com base em critérios pessoais predefinidos, (Fortin, 2009). Deste modo, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que, os resultados desta só se aplicam a ela própria.

### 3.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados consiste em recolher ou reunir determinadas informações junto dos indivíduos ou das unidades de observação incluídas na amostra. A escolha do método de recolha de dados influencia os resultados.

A recolha e análise dos dados são normalmente complementares, devendo assim, ser escolhidos em conjunto, (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Questionário é segundo Marconi e Lakatos (2002), um instrumento de colheita de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

Como qualquer técnica de colheita de dados, também o questionário apresenta vantagens e desvantagens.

Para Marconi e Lakatos (2002) as vantagens prendem-se com: economia de tempo e deslocações; número suficiente de dados; respostas mais rápidas e precisas; maior liberdade e segurança na resposta em razão do anonimato.

As desvantagens segundo os autores são: número elevado de questões não respondidas; impossibilidade de aplicação a alguns grupos; desconhecimento das circunstâncias em que são preenchidos torna difícil o controlo e verificação.

A investigação qualitativa tem como finalidade compreender um fenómeno, segundo a perspectiva dos sujeitos. As observações são descritas principalmente sob a forma narrativa.

Numa avaliação qualitativa, a compreensão plena e ampla do fenómeno em estudo é a preocupação do investigador. Sem pretender controlar, observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam. (Fortin,2009)

Este tipo de abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento tem como finalidade mais do que avaliar, descrever ou interpretar.

O instrumento utilizado para recolha de dados foi um questionário composto por um conjunto de 24 questões de resposta fechada, composto por 12 itens da escala MAAS adaptada, aos quais se adicionou 12 questões ligadas ao desempenho profissional dos Técnicos de Radiologia.

Na presente investigação foi utilizada a versão espanhola da MAAS adaptada (Anexo I), validada por pré-teste. Relativamente ao formato original da escala, está dividida em duas

secções: a “**Secção I** que reflete a escala de atenção (MAAS), e a **Secção II** mais direcionada para o desempenho profissional e as boas práticas associadas”.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados formalizámos o pedido de autorização por escrito à Direção e Coordenação da ADPI do CHLC (Anexo 2 e 3). Após a concordância para a realização do estudo, procedeu-se à distribuição do questionário MAAS junto da coordenadora e subcoordenadores dos seis serviços de Radiologia que integram a ADPI do CHLC. Foram entregues no total 119 questionários. Foi efetuada uma pequena introdução ao tema a abordar e aos objetivos de estudo.

Todos os profissionais apresentaram interesse em relação ao estudo, mostrando total disponibilidade para nos ajudar. Foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados disponibilizados.

O estudo procurou evitar qualquer desconforto ou prejuízo para os respondentes sendo solicitada autorização de utilização de toda a informação cedida pelos inquiridos para o presente estudo de investigação.

O horizonte temporal entre a distribuição e a recolha dos questionários decorreu entre 1 e 15 de Agosto de 2014. Foram recolhidos 97 questionários, verificando-se que estavam devidamente preenchidos.

### 3.5.1 PRÉ-TESTE

De acordo com Fortin (2009), o pré-teste é uma medida tomada antes que a intervenção ou tratamento seja aplicado.

Também Lakatos e Marconi (2002) referiram ser a forma de testar os instrumentos de pesquisa antes de aplicados definitivamente sobre uma pequena parte da população ou amostra. O objetivo é testar a precisão e a clareza do instrumento.

O questionário foi submetido à apreciação de três peritos com experiência na problemática em estudo, solicitou-se que se pronunciassem quanto à coerência e clareza das questões. Com base nas sugestões, foram inseridas alterações e reformulações a algumas questões, de forma a existir não só uma melhor compreensão das mesmas, como também maior conformidade com o objetivo do estudo.

Testou-se o instrumento a dois técnicos que reuniam os mesmos critérios de inclusão na amostra, não fazendo parte desta, sendo um Técnico de um Hospital E.P.E da área metropolitana de Lisboa e um Técnico Coordenador de um Centro Hospitalar E.P.E. também da região de Lisboa, o terceiro perito foi uma responsável do Centro de Investigação do CHLC.

Com o pré-teste pretende saber-se por parte do inquirido informações sobre dificuldades encontradas para responder às questões.

Desta forma pretendíamos testar a percetibilidade, compreensibilidade das questões, bem como a duração do seu preenchimento.

Constatámos que teria a duração aproximada de quinze minutos e que as questões eram claras e compreensíveis.

### 3.6 TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha de dados reunimos todos questionários de forma codificar e analisar pormenorizadamente as duas secções com as vinte e três questões. Seguidamente realizou-se uma análise integral da Secção I que reflete a escala de atenção (MAAS), e da **Secção II** direcionada para o desempenho profissional e as boas práticas associadas. Desta análise emergiu o diagnóstico do desempenho profissional vigente na ADPI do CHLC, segundo as percepções dos profissionais.

Para tratamento dos dados recorreu-se à estatística descritiva na análise dos dados da caracterização sociodemográfica da amostra, e análise qualitativa dos dados do questionário MAAS adaptado.

Uma vez identificada de que forma a atenção reflete e influencia o desempenho profissional, realizou-se uma caracterização, descrição e análise meticulosa das variáveis organizacionais com base no quadro teórico desenvolvido no capítulo da revisão da literatura.

Os procedimentos estatísticos foram obtidos através do programa Microsoft® EXCEL do Office 2003.

Após a fase de colheita de dados, numerámos os questionários. Assim para Secção I (Questão nº1) à (Questão nº11) e para a Secção II (Questão nº1) à (Questão nº12).

Escolhemos uma abordagem qualitativa para a análise dos dados relacionados com o desempenho profissional e com as boas práticas, por considerarmos que seria a mais adequada ao tipo de estudo, optando pela análise de conteúdo dos mesmos.

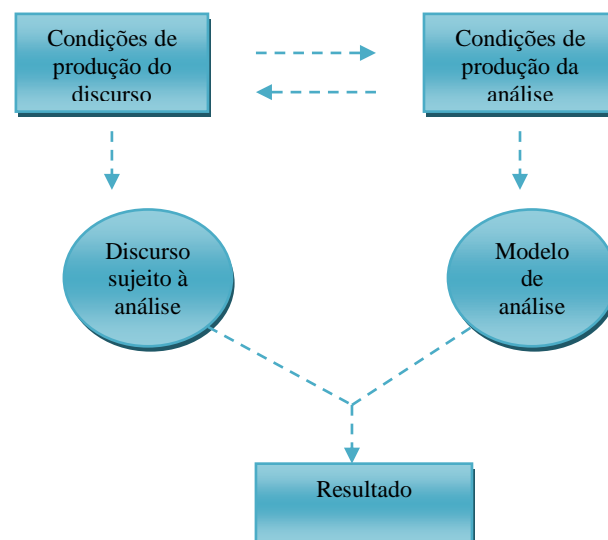
Definida por Bardin (2000) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Ander-Egg (1978), *in* Marconi *et al* (2002) refere que para pesquisar o conteúdo das comunicações de massas, mediante a classificação, em categorias, dos elementos da comunicação, é a técnica mais divulgada.

Em análise de conteúdo como refere Bardin (2000) não existe um “pronto-a-vestir”, é um método empírico com algumas regras bases, é adequada ao objetivo pretendido, não se reportando a um único instrumento, mas a uma bateria de apetrechos.

Esta análise abarca etapas de descrição, segmentação e sistematização do conteúdo de mensagens, com o objetivo de conferir significação, por meio de deduções justificadas.

A análise de conteúdo não é um método, é uma das técnicas de tratamento de informação mais comuns na investigação empírica qualitativa, realizada pelas diferentes ciências sociais e humanas, Vala (1999). Enquanto técnica de pesquisa, exige a explicitação de todos os procedimentos utilizados.



**Figura 3 - Análise Conteúdo**

Fonte: Vala, J (1999)

Através desta análise, decodificamos o discurso expresso pelos sujeitos, transformando-os em dados quantitativos, através da descoberta dos núcleos de sentido que compõem a comunicação.

As inferências permitem a passagem do conhecimento ao não conhecido, a chamada ilação, Cervo e Bervian (2002).

Na fase de pré análise, recorreremos à chamada leitura “flutuante”, Bardin (2004), das respostas de cada entrevista, que consistiu em arranjar e organizar as questões a tratar.

Classificámos as questões que foram objeto de análise e as que poderiam ser eliminadas, atribuindo-lhes o respetivo número de ordem, conforme o instrumento de pesquisa. Nesta fase é determinado o *recorte* (escolha das unidades) das asserções, categorização para a análise e codificação para o registo de dados. A categorização resultou da classificação analógica e progressiva dos elementos, esta categoria a que Bardin (2004) chama de rubricas significativas, permite a classificação dos elementos de significação que constituem a mensagem.

Numa segunda fase, de compreensão do corpus lemos todas as questões para definirmos as unidades de contexto. Estas surgiram em consequência de uma expressão ou palavra-chave, que reúnem um conjunto de asserções representadas nas respostas, congruentes com o sentido da questão formulada.

Com a organização do corpus entrámos na análise propriamente dita. Nesta fase, as unidades de contexto foram submetidos a validação interna através da sua exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Tendo cada unidade de contexto um sentido no contexto em causa. Na classificação dos seus elementos constitutivos tivemos em linha de conta na análise do discurso, todas as frases, expressões, palavras e procurámos agrupá-las.

Numa fase final, efetuamos a unidade de enumeração de frequências das unidades de registo e de contexto, bem como a sua interpretação.



## 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para a caracterização sociodemográfica da amostra os procedimentos estatísticos foram obtidos através do programa Microsoft® EXCEL do Office 2013.

### 4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO MAAS ADAPTADO

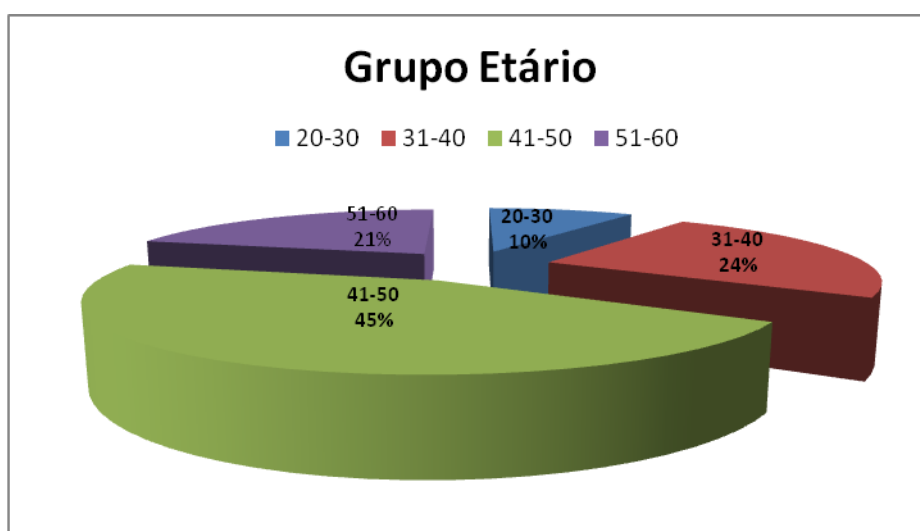
Foram distribuídos 119 questionários e recebidos 97, correspondendo a uma taxa de realização de 82 % (Anexo I).

A informação recolhida foi organizada em gráficos (Gráfico 1 a 33) e quadros (Quadro 1 e 2) para as Secção I e II correspondentes a cada uma das questões que se pretendeu explorar dos questionários

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

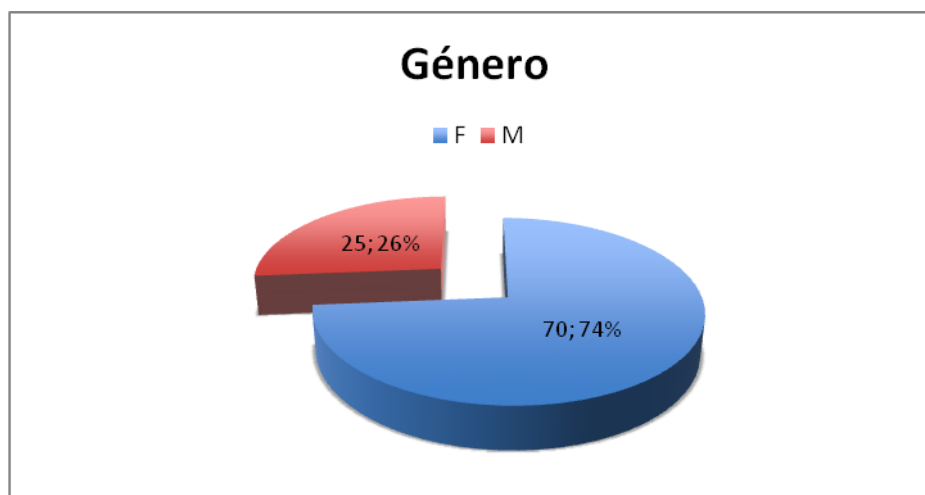
Partimos da deteção de uma necessidade real, constatada no seio das organizações hospitalares, nomeadamente ao nível dos serviços de radiologia.

Abordámos a questão das Boas Práticas, através das perceções dos técnicos de radiologia dos seis polos que integram a Área de Diagnóstico por Imagem.



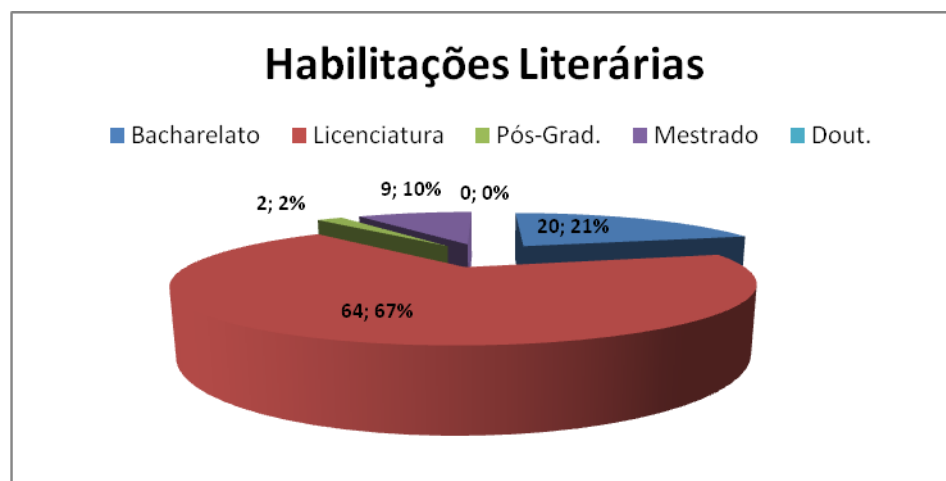
**Gráfico 1** - Grupo Etário da amostra em estudo

O gráfico 1, permite avaliar os grupos etários do grupo profissional de Técnicos de radiologia na ADPI, onde se destaca a faixa dos 41 aos 50 anos com 45%, seguida da faixa dos 31 aos 40 anos com 24%, um grupo menor com 10% que se situa entre os 20 e os 30 anos e 21% entre os 51 e 60 anos. Apesar do grupo com maior prevalência estar num grupo etário mais elevado e de existir uma fatia significativa de colaboradores entre os 51 e 60 anos, deve-se a várias situações, por um lado a não contratação de jovens licenciados por outro a penalização para os que pretendem aposentar-se.



**Gráfico 2** - Classificação do género da amostra

O gráfico 2 demonstra que existe uma percentagem superior do género feminino com 74%, comparativamente ao género masculino com 26%. Situação que não nos surpreende no contexto geral e em particular na saúde, onde em todos os grupos profissionais a maior taxa de ocupação é feminina.



**Gráfico 3** - Habilitações Literárias da amostra

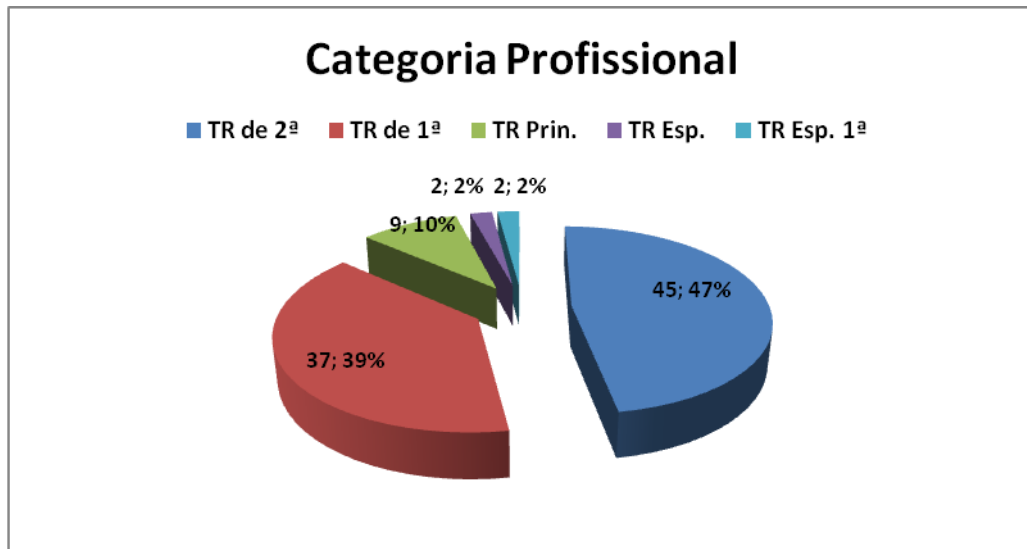
O gráfico 3 revela que a maior fatia no que respeita a habilitações académicas é o grau de licenciado com 64 colaboradores o que corresponde em termos percentuais a 67%. Com o grau de mestre existem 9 colaboradores representando 10%, 2% dos Técnicos têm uma pós-graduação e apesar de não estar refletido 2 Técnicos têm as teses de doutoramento já entregues aguardando discussão.

Contudo existem ainda 20 colaboradores apenas com bacharelato, situação que se deve ao facto, da não obrigatoriedade do grau de licenciado para o exercício de qualquer das 18 profissões das tecnologias da saúde, onde se integra a carreira de Técnico de Radiologia. Vivemos um novo paradigma caracterizado pela exigência e competência profissional, atualmente o grau é exigido, pelo que a nível nacional foi dado um prazo aos profissionais para completarem os seus estudos, sob o risco de não lhes ser atribuído a cédula profissional e consequentemente lhes ser vedado o acesso ao posto de trabalho.

Resultados semelhantes são apresentados por Sousa (2003), que referiu que a formação emerge assim como um importante instrumento da gestão de recursos humanos, caracterizada pela crescente exigência de maior qualificação, autonomia e desenvolvimento de novas competências.

Acrescenta ainda que, embora possa adotar várias vertentes, o objetivo major da formação é o de maximizar o desempenho e as boas práticas por parte do indivíduo, com vista a suprimir as necessidades de formação na organização.

Conclusões idênticas são expressas no documento da carreira profissional (Código Deontológico, 2011), que reforça, face à complexidade das técnicas utilizadas e rapidez de execução, a Radiologia necessita, por parte dos seus profissionais, uma sólida formação base, bem como uma atualização permanente dos conhecimentos.



**Gráfico 4** - Categoria Profissional da amostra

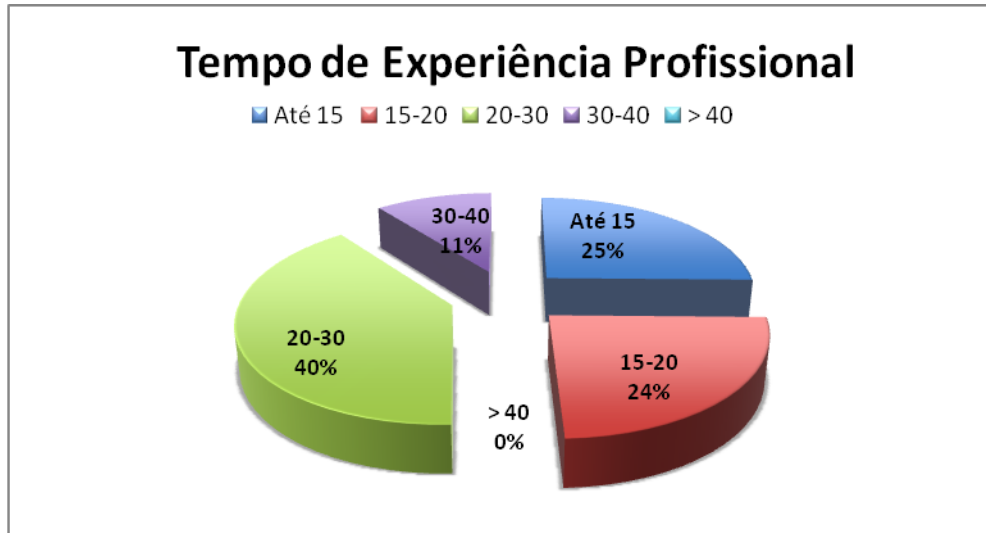
Uma análise atenta do gráfico 4, revela que 47% dos Técnicos de Radiologia ainda se encontram em termos de carreira no primeiro patamar de acesso – Técnico de 2ª classe, situação que se deve ao congelamento da carreira o que causa desmotivação nos profissionais, que vêm com inquietação uma carreira desatualizada, descontextualizada da realidade atual que está para revisão há mais de duas décadas.

37 Profissionais, que corresponde a uma taxa de 39% encontram-se no segundo patamar de acesso – Técnico de 1ª classe, apenas 10% (9) chegaram a Técnico Principal, 2% a Técnico Especialista e Especialista de 1ª classe.

A situação é complexa dado que o processo normal seria a abertura de concurso a cada 3 anos para uma progressão regular, a desmotivação e insatisfação é patente no grupo, pois encontram-se no mesmo patamar profissional com 8 e 20 anos de carreira respetivamente. Condição que pode afetar o comportamento e o próprio desempenho profissional.

Conclusões semelhantes foram discutidas em 1995 por Locke *in* Luthans, quando referiram que a nível organizacional, a satisfação relaciona-se com a influência que tem no comportamento e desempenho dos colaboradores, bem como na produtividade.

Resultados idênticos no que respeita à motivação foram referidos por Antunes (2001), quando afirmou que o bom desempenho profissional só é conseguido com motivação e incentivo.



**Gráfico 5 - Experiência Profissional da amostra**

O gráfico 5 mostra experiência profissional traduzida em número de anos de exercício na carreira.

40% dos profissionais da Área situam-se entre os 20 e 30 anos de experiência no exercício. 25% dos colaboradores têm até 15 anos de experiência, 24% entre os 15 e os 20 anos e uma fatia mais reduzida com 11% têm entre 30 e 40 anos de experiência profissional. Este é o cenário atual, dispondo a ADPI de um grupo profissional com experiência no exercício, o que deverá traduzir boas práticas no seu desempenho.

Idênticos resultados foram descritos por Sousa, (2006) quando afirmou que modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter resultados desejados e reduzem a possibilidade de resultados indesejados, traduz-se em Qualidade e Boas Práticas em saúde.

Conclusões concordantes são as de Almeida (2005), quando referiu que ao nível da gestão dos serviços de saúde e em particular aos recursos humanos em radiologia as mudanças são inevitáveis.

**Quadro 1** - Escala de Mindful Attention Awareness (MAAS)

Categ	Dimensão	Escala Likert	Unidade Enumeração
1	Posso sentir emoções e não estar consciente delas	1	10
		2	61
		3	15
		4	8
		5	2
2	Quebro ou espalho coisas por não estar atento, ou por estar a pensar noutra coisa.	1	25
		2	68
		3	3
		4	1
		5	0
3	Acho difícil manter-me concentrado no presente.	1	21
		2	62
		3	8
		4	6
		5	0
4	Caminho depressa para chegar ao destino sem prestar atenção ao que acontece	1	19
		2	64
		3	7
		4	7
		5	0
5	Ignoro sentimentos de pressão física/ desconforto até que atraíam a minha atenção.	1	15
		2	47
		3	23
		4	11
		5	1
6	Esqueço o nome de uma pessoa depois de o dizer pela primeira vez.	1	15
		2	46
		3	21
		4	14
		5	1
7		1	29
		2	59

	Faço tarefas sem estar atento a elas.	3	5
		4	3
		5	1
8	Concentro-me tanto sobre o objectivo que quero alcançar, que perco a noção do que faço para o atingir	1	37
		2	47
		3	10
		4	3
		5	0
9	Trabalho de forma automática sem perceber por vezes o que estou a fazer.	1	33
		2	54
		3	9
		4	1
		5	0
10	Estou a ouvir alguém e a fazer outra coisa ao mesmo tempo.	1	2
		2	41
		3	43
		4	11
		5	0
			5
11	Encontro-me alheado do passado e do futuro.	1	42
		2	32
		3	17
		4	5
		5	1

O quadro 1 que corresponde à **Secção I** da MAAS, possibilita conhecer o significado atribuído pelos inquiridos à Aplicação Mindful Attention Awareness Scale na sua prática diária nos polos onde estão integrados, com recurso a uma escala de Likert com cinco dimensões com a seguinte correspondência: **1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Normalmente; 4 – A maior parte das vezes e 5 – Sempre.**

Verificamos que para a categoria 1, **Posso sentir emoções e não estar consciente delas** em sessenta e um (61) asserções é confirmado raramente, seguida de quinze (15) asserções que afirmam normalmente, em dez (10) asserções nunca acontece, oito (8) asserções, referem que na maior parte das vezes e apenas com duas asserções (2) é afirmado sempre.

Na categoria 2, **Quebro ou espalho coisas por não estar atento, ou por estar a pensar noutra coisa** aferimos que em sessenta e oito (68) asserções raramente acontece, seguida de vinte e cinco (25) asserções em que nunca acontece, com três (3) asserções é afirmado normalmente e apenas em uma (1) asserção a maior parte das vezes.

No respeito à categoria 3, **Acho difícil manter-me concentrado no presente,** analisamos que em sessenta e dois (62) asserções raramente acontece, em vinte e um (21) asserções nunca acontece, apenas em oito (8) e seis (6) asserções é referido normalmente e a maior parte das vezes respetivamente.

A categoria 4, **Caminho depressa para chegar ao destino sem prestar atenção ao que acontece** em sessenta e quatro (64) asserções é expresso pelos respondentes raramente acontecer, em dezanove (19) asserções nunca acontece, seguidas de sete (7) asserções em que acontece normalmente e a maior parte das vezes.

Para a categoria 5, **Ignoro sentimentos de pressão física/ desconforto até que atraíam a minha atenção** verifica-se em quarenta e sete (47) asserções raramente acontece, vinte e três (23) normalmente, em quinze (15) asserções nunca acontece, seguida de onze (11) asserções normalmente e apenas uma (1) asserção acontece sempre.

Na categoria 6, **Esqueço o nome de uma pessoa depois de o dizer pela primeira vez** Em quarenta e seis (46) asserções é referido raramente, em vinte e um (21) asserções normalmente acontece, seguida de quinze (15) asserções nunca, catorze (14) a maior parte das vezes e apenas uma (1) asserção é dito sempre.

Para a categoria 7, **Faço tarefas sem estar atento a elas** com cinquenta e nove (59) asserções raramente, em vinte e nove (29) asserções nunca, com cinco (5), três (3) e uma (1) asserções é referido pelos respondentes normalmente, a maior parte das vezes e sempre respetivamente.



Na categoria 8, **Concentro-me tanto sobre o objetivo que quero alcançar, que perco a noção do que faço para o atingir** verificamos que em quarenta e sete (47) asserções é referido raramente, em trinta e sete (37) asserções nunca, seguida de dez (10) asserções em que é referido normalmente e apenas com uma (1) asserção a maior parte das vezes.

A categoria 9, **Trabalho de forma automática sem perceber por vezes o que estou a fazer** apresenta cinquenta e quatro (54) asserções em que é referido raramente acontecer, em trinta e três (33) asserções nunca acontece, com nove (9) asserções é afirmado normalmente e com uma única (1) asserção a maior parte das vezes.

A categoria 10, **Estou a ouvir alguém e a fazer outra coisa ao mesmo tempo** apresenta quarenta e três (43) asserções em que normalmente acontece, seguida de quarenta e um (41) em que é referido raramente acontecer, em onze (11) asserções a maior parte das vezes e com cinco (5) asserções sempre.

Para a categoria 11, **Encontro-me alheado do passado e do futuro** apresenta quarenta e duas (42) asserções em que é expresso pelos inquiridos nunca, em trinta e dois (32) asserções raramente acontece, com dezassete (17) asserções é referido pelos respondentes normalmente, seguida de cinco (5) asserções em que acontece a maior parte das vezes e apenas com uma (1) asserção é referido sempre.

**Quadro 2 - Desempenho Profissional e Boas Práticas**

<b>Categoria</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Escala Likert</b>	<b>Unidade Enumeração</b>
<b>1</b>	No início do turno verifico se a sala de trabalho reúne condições de higiene e se o material necessário está reposto	1	1
		2	6
		3	24
		4	38
		5	28
<b>2</b>	Antes de realizar um exame confirmo a identificação do doente.	1	0
		2	0
		3	12
		4	14
		5	71
<b>3</b>	Faço o acolhimento ao doente/acompanhante explicando todos os procedimentos a realizar	1	0
		2	3
		3	22
		4	40
		5	32
<b>4</b>	Confirmo a informação vs consentimento informado, fornecido no momento da marcação	1	4
		2	6
		3	21
		4	25
		5	41
<b>5</b>	Providencio dispositivos de proteção radiológica ao doente/acompanhante sempre que se justifique	1	1
		2	1
		3	12
		4	17
		5	66
<b>6</b>	Sempre que realizo um exame a jovens em idade fértil questiono sobre possível gravidez	1	1
		2	0
		3	6
		4	13
		5	77

7	Conheço o princípio ALARA e pratico-o no meu desempenho profissional	1	2
		2	1
		3	8
		4	28
		5	58
8	Utilizo parâmetros técnicos adequados, assegurando um exame com qualidade	1	1
		2	0
		3	2
		4	25
		5	69
9	Antes da administração de contraste EV questiono sobre o jejum e possíveis alergias	1	1
		2	1
		3	1
		4	6
		5	88
10	No final do turno confirmo se os exames estão no sistema de arquivo (PACS)	1	1
		2	2
		3	10
		4	38
		5	46
11	No final do turno faço o registo de ocorrências no LOADI	1	14
		2	28
		3	24
		4	23
		5	8
12	No final do turno confirmo se o AO procedeu à reposição e higienização de acordo com a IT, assinando a folha afixada na sala.	1	12
		2	21
		3	32
		4	22
		5	10

O quadro 2 corresponde à **Secção II** do Desempenho Profissional e Boas Práticas, e permite compreender o significado atribuído pelos inquiridos ao seu desempenho e boas práticas no exercício das suas funções nos respetivos polos onde desempenham funções, com avaliação igual à da **Secção I**.

Verificamos que a categoria 1, **No início do turno verifico se a sala de trabalho reúne condições de higiene e se o material necessário está repost** em trinta e oito (38) asserções é referido que acontece na maior parte das vezes, em vinte e oito (28) asserções acontece sempre, em vinte e quatro (24) asserções é afirmado normalmente, existem no entanto seis (6) asserções em que raramente acontece e uma (1) asserção em que nunca acontece.

Para a categoria 2, **Antes de realizar um exame confirmo a identificação do doente** em setenta e um (71) asserções acontece sempre, , seguida de catorze (14) asserções em que acontece a maior parte das vezes e em doze (12) asserções normalmente acontece.

Na categoria 3, **Faço o acolhimento ao doente/acompanhante explicando todos os procedimentos a realizar** em quarenta (40) asserções é referido que acontece a maior parte das vezes, em trinta e dois (32) asserções acontece sempre, em vinte e dois (22) asserções é mencionado pelos respondentes que normalmente é feito e apenas em três (3) asserções acontece raramente.

Para a categoria 4, **Confirmo a informação vs consentimento informado, fornecido no momento da marcação** em quarenta e um (41) asserções é sempre confirmado, em vinte cinco (25) asserções a maior parte das vezes acontece, em vinte e um (21) asserções normalmente é confirmado e em seis (6) e quatro (4) asserções respetivamente é feito raramente e nunca é feito.

A categoria 5, **Providencio dispositivos de proteção radiológica ao doente/ acompanhante sempre que se justifique** apresenta sessenta e seis (66) asserções em que é sempre providenciado, em dezassete (17) asserções é disponibilizado a maior parte das vezes, em doze (12) asserções normalmente e com uma (1) asserção raramente e nunca é providenciado.

Para a categoria 6, **Sempre que realizo um exame a jovens em idade fértil questiono sobre possível gravidez** em setenta e sete (77) asserções acontece sempre, em treze (13)

asserções na maior parte das vezes, com seis (6) asserções normalmente e com uma (1) asserção nunca acontece.

A categoria 7, **Conheço o princípio ALARA e pratico-o no meu desempenho profissional** com cinquenta e oito (58) asserções é referido pelos respondentes conhecer e praticar sempre, em vinte e oito (28) asserções a maior parte das vezes, com oito (8) asserções normalmente, seguida de duas (2) asserções em que é praticado raramente e apenas uma (1) em que nunca acontece.

Para a categoria 8, **Utilizo parâmetros técnicos adequados, assegurando um exame com qualidade** em sessenta e nove (69) asserções é referido que são sempre utilizados, em vinte e cinco (25) asserções na maior parte das vezes, em duas (2) asserções normalmente e com uma (1) asserção nunca são utilizados.

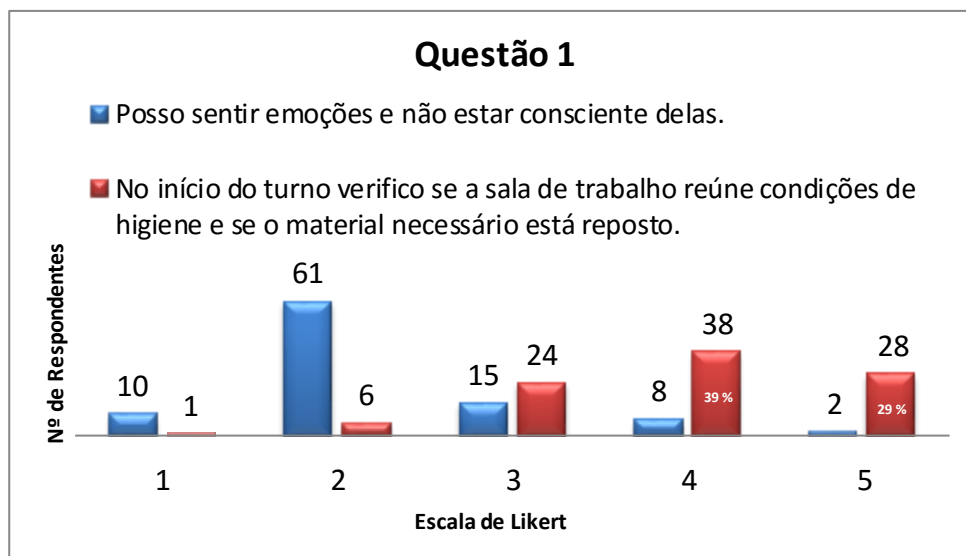
A categoria 9, **Antes da administração de contraste EV questiono sobre o jejum e possíveis alergias** em oitenta e oito (88) asserções é sempre questionado, em seis (6) asserções na maior parte das vezes, seguidas de apenas uma (1) asserção respetivamente normalmente, raramente e nunca é questionado.

Para a categoria 10, **No final do turno confirmo se os exames estão no sistema de arquivo (PACS)** em quarenta e seis (46) asserções é sempre confirmado, em trinta e oito (38) asserções a maior parte das vezes é confirmado, em dez (10) asserções normalmente seguidas de duas (2) asserções em que acontece raramente e uma (1) em que nunca acontece.

Na categoria 11, **No final do turno faço o registo de ocorrências no LOADI** apenas em oito (8) asserções é sempre feito o registo, em vinte e três (23) asserções a maior parte das vezes, em vinte e quatro (24) normalmente é feito o registo, com vinte e oito (28) asserções é referido raramente ser feito e em catorze (14) asserções nunca é feito o registo.

Para a categoria 12, **No final do turno confirmo se o AO procedeu à reposição e higienização de acordo com a IT, assinando a folha afixada na sala** apenas com dez (10) asserções é sempre verificado, com vinte e dois (22) asserções a verificação acontece a maior parte das vezes, com trinta e dois (32) asserções normalmente é verificado e com vinte e um (21) asserções e doze (12) asserções respetivamente é verificado raramente e nunca existe verificação.

Após uma análise exaustiva das duas Secções referentes à atenção e ao desempenho profissional no exercício da profissão, procederemos a uma análise comparativa das duas sessões, de forma a compreender melhor de que forma ao grau de atenção influencia o desempenho profissional e as boas práticas.



**Gráfico 6 - Q1 Mindful Attention Awareness Scale/ Q1 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

A análise do gráfico 6, demonstra que os Técnicos de Radiologia estão conscientes das suas emoções, o que por um lado se traduz num bom desempenho e em boas práticas, sendo que 68% destes profissionais evidenciam preocupações com a qualidade do serviço prestado ao utente, o que se reflete na prática, ao verificarem as condições de higienização e reposição de material antes de iniciar o turno. Estes resultados devem-se por um lado à formação, mas também à forma como interiorizam a cultura da organização onde estão inseridos.

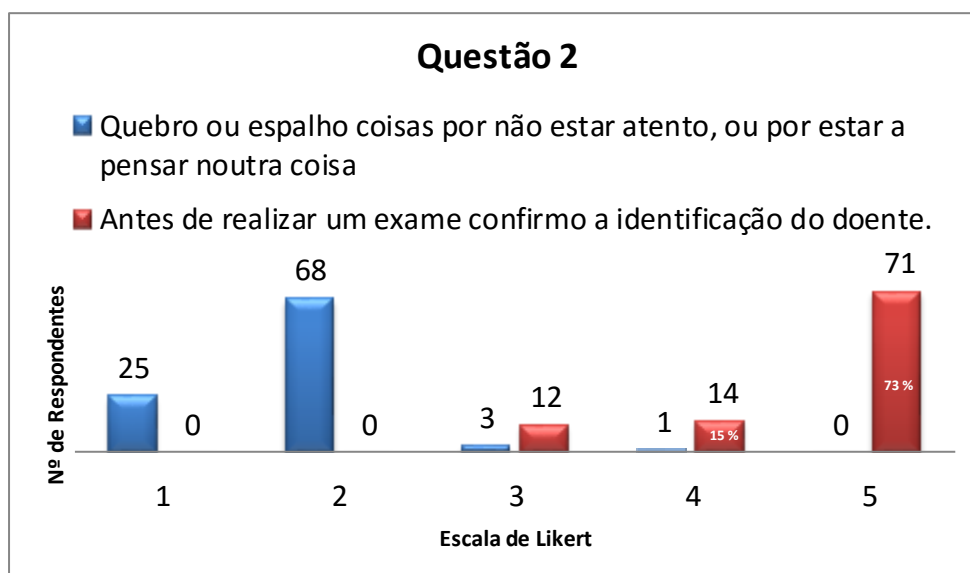
Resultados concordantes são encontrados no Código Deontológico de 2011, onde é expressa a necessidade de uma sólida formação base, bem como uma atualização permanente dos conhecimentos por parte dos seus profissionais.

Existe no entanto, uma parcela de 32%, que descure a correta prática profissional com reflexo no seu desempenho.

O estudo de Feldman, Gatto, Cunha, (2005), reforça a preocupação com a qualidade e as boas práticas dos cuidados prestados como foco de interesse e de extrema importância na melhoria da qualidade como um dos grandes objetivos de uma instituição de saúde.

Conclusões idênticas foram identificadas por Macedo e Rodrigues, (2009), quando deixaram claro que as instituições prestadoras de serviços de saúde são concebidas para satisfazer os utentes, atuando num universo onde o primado é dado à competência e à qualidade.

Também (Ferreira, 2011) refere a cultura como um fator relevante na compreensão e na resolução dos problemas intergrupais, fornecendo elementos e critérios essenciais para a análise do funcionamento e desempenho duma organização.



**Gráfico 7 - Q2 Mindful Attention Awareness Scale/Q2 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

O gráfico 7, comprova como o grupo profissional em estudo está atento e concentrado no desempenho da sua atividade com uma taxa de 88 % relativamente, a um item da maior importância, que é a confirmação da identificação do utente, fator que a não ser cumprido pode em algumas situações causar danos da máxima gravidade.

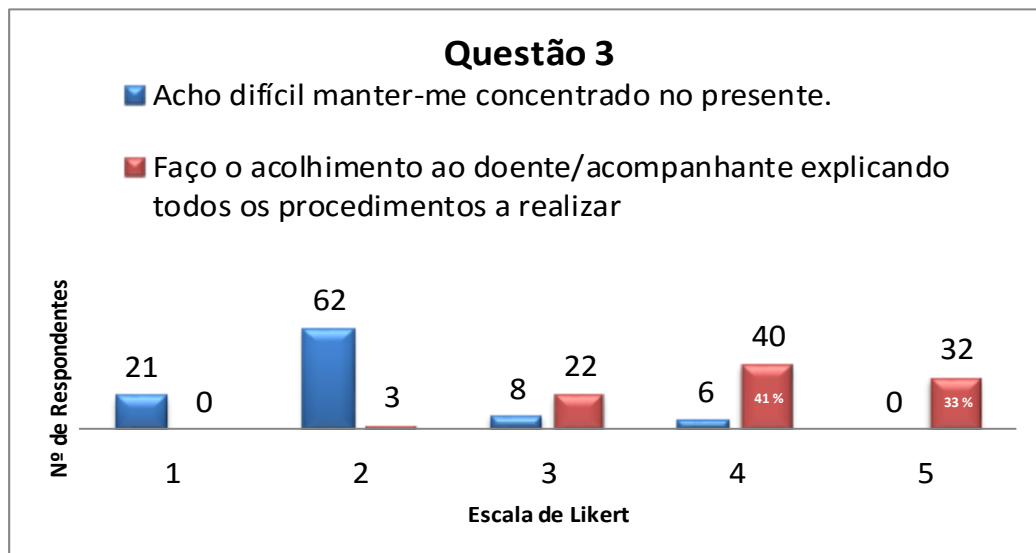
Idênticos resultados, são encontrados no Manual da Qualidade do *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS) de 2013, manual pelo qual o CHLC está a ser Acreditado e Certificado, quando para responder às normas 14, 30 e 54 é necessário verificar e ter a evidência que, de acordo com os critérios 14.39, 30.9, 54.96 das referidas normas e ainda de forma a dar cumprimento ao procedimento multissetorial “Gestão da Informação Clínica” (GIC 111), O processo contém um número de identificação pessoal do doente e/ou o nome do doente em todas as páginas, condição em que a conformidade de 100% é obrigatória em qualquer circunstância de identificação do utente.

Apesar de uma fatia significativa dos profissionais estar atento e concentrado no seu desempenho profissional, é necessário que todos tenham o mesmo empenho e preocupação quando falamos de práticas seguras e de qualidade.

O estudo de 2012 desenvolvido por Soler e colaboradores, refere a atenção plena como uma qualidade da consciência, que representa um desafio para o pensamento, considerado guia para o comportamento humano.

Dedução idêntica é apontada no estudo de Leitão (2005) quando cita Godet (1993: 261), “para saber onde se quer ir, há que saber onde se está ...”, acrescenta que é um imperativo repensar as organizações, analisando os elementos responsáveis pelas práticas correntes, a forma como elas funcionam e ainda a influência que instilam no comportamento.



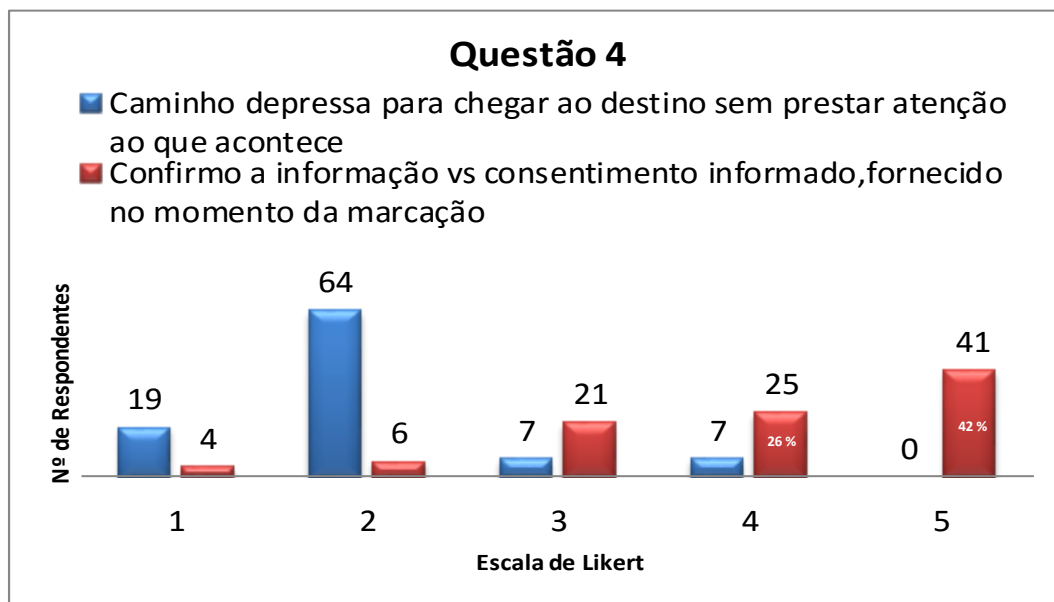


**Gráfico 8 - Q3 Mindful Attention Awareness Scale/Q3 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

Ao avaliarmos o gráfico 8, verifica-se novamente a atenção e concentração dos Técnicos de Radiologia no exercício da sua atividade, com uma taxa de 74 % no que respeita ao acolhimento ao doente e explicação dos procedimentos.

Resultados semelhantes são apresentados no Manual internacional de qualidade CHKS/ de 2013, no que respeita a conceber, planear, organizar, aplicar, e avaliar o processo de trabalho com o objetivo da promoção da saúde, do diagnóstico e do tratamento, agindo sempre com o máximo de zelo em benefício do doente não descurando aspetos como acolhimento ao utente que inclui verificar/confirmar os dados relativamente à identificação e exame prescrito, bem como explicar os procedimentos a realizar.

O estudo de 2012 de Soler e colaboradores é demonstrativo de como a atenção não só facilita o controlo comportamental com fins adaptativos, mas também promove a regulação comportamental que otimiza o bem-estar.

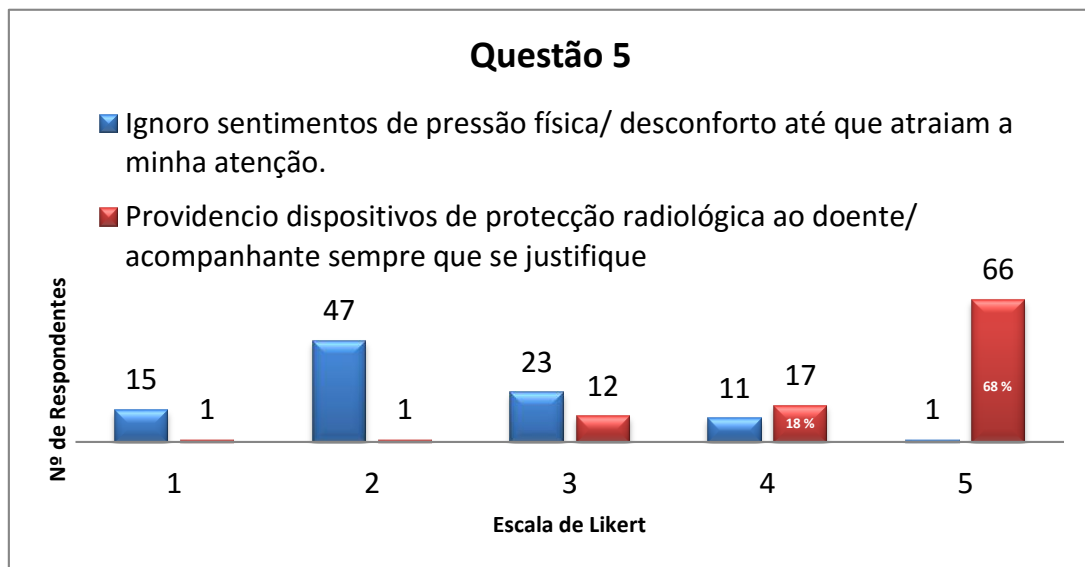


**Gráfico 9 - Q4 Mindful Attention Awareness Scale/Q4 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

De forma idêntica o gráfico 9, confirma as boas práticas destes profissionais e a forma como estão motivados para o seu desempenho com uma taxa de 68% a fazer a verificação do consentimento informado. É necessário contudo, continuar a sensibilizar os restantes 32% para esta prática.

Conclusões análogas são descritas no Manual Internacional qualidade CHKS/HAQU de 2013, na norma 32, critério 32.1 e de acordo com o GIC 111, onde é referido que para doentes sujeitos a cirurgia/ procedimentos invasivos, o processo contém evidência das informações dadas ao doente sobre as complicações que possam causar danos graves. (ver consentimento informado).

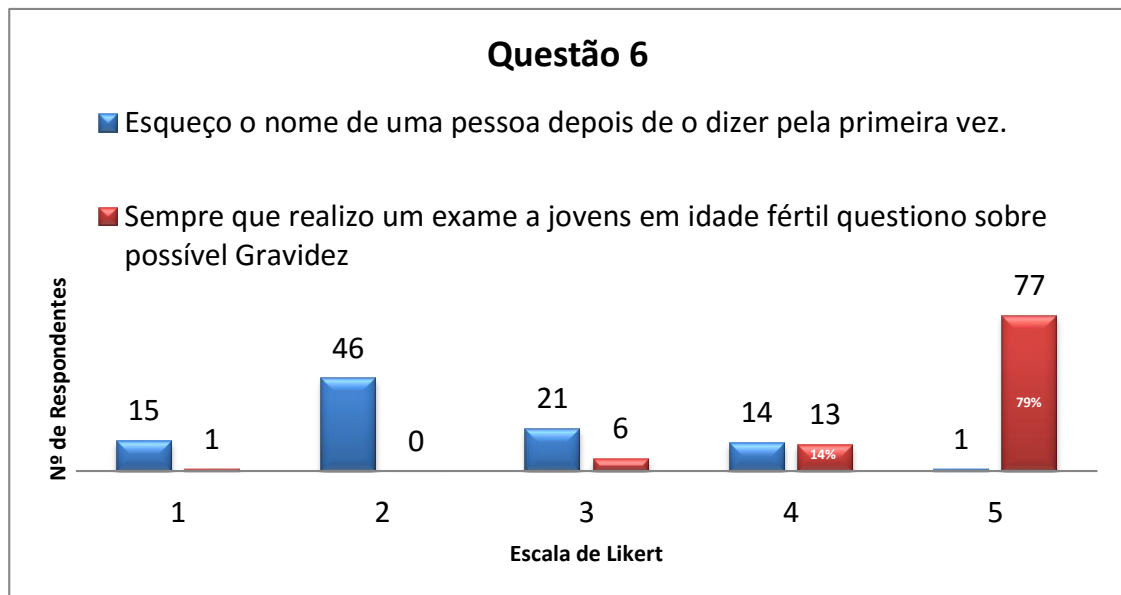
Um estudo desenvolvido por Sousa, (2006) refere igualmente, que o modo como os serviços de saúde e os seus profissionais aumentam a possibilidade de obter resultados desejados e reduzem a possibilidade de resultados indesejados, traduz-se em Qualidade e Boas Práticas em saúde.



**Gráfico 10 - Q5 Mindful Attention Awareness Scale/Q5 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

Quanto ao gráfico 10, são indicativos de que, se por um lado os profissionais não ignoram a pressão física, por outro não descuidam a boa prática inerente ao desempenho das suas funções, quando se trata de proteger os utentes da Radiação Ionizante (RI), resultante da maioria dos métodos de imagem com uma taxa de 86%.

Conclusões similares são descritas de forma clara no Código Deontológico (2011), quanto ao papel do Técnico de Radiologia no que concerne às práticas de proteção e segurança radiológica, devendo evitar exposição desnecessária de RI em todas as situações profissionais, aplicando as regras aceites e os princípios básicos de radioprotecção em conformidade com a legislação em vigor.



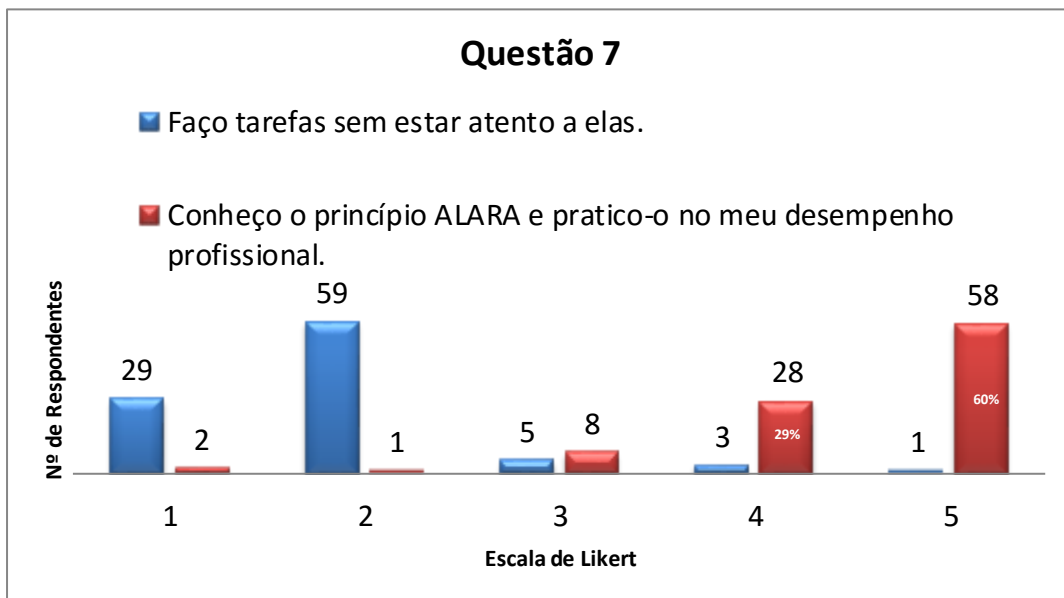
**Gráfico 11 - Q6 Mindful Attention Awareness Scale/Q6 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

A análise do gráfico 11 demonstra que os profissionais estão concentrados no seu desempenho e empenhados em dar cumprimento às boas práticas, 93% estão preocupados com a segurança e proteção radiológica.

Estes resultados devem-se por um lado à formação, que no caso concreto dos Técnicos de Radiologia, tem grande enfoque na proteção e segurança radiológica, uma vez que, na maioria dos métodos de imagem o utente é submetido a RI.

A importância da formação e o seu impacto no desempenho é claramente evidenciado no estudo desenvolvido por Sousa (2003) quando afirma que embora possa adotar várias vertentes, o objetivo major da formação é o de maximizar o desempenho e as boas práticas por parte do indivíduo, com vista a suprimir as necessidades de formação na organização. No entanto um diagnóstico correto das necessidades de formação, pressupõe conhecimento das características da função desempenhada pelo indivíduo, suas capacidades, conhecimentos, e potencial, Sousa (2003).

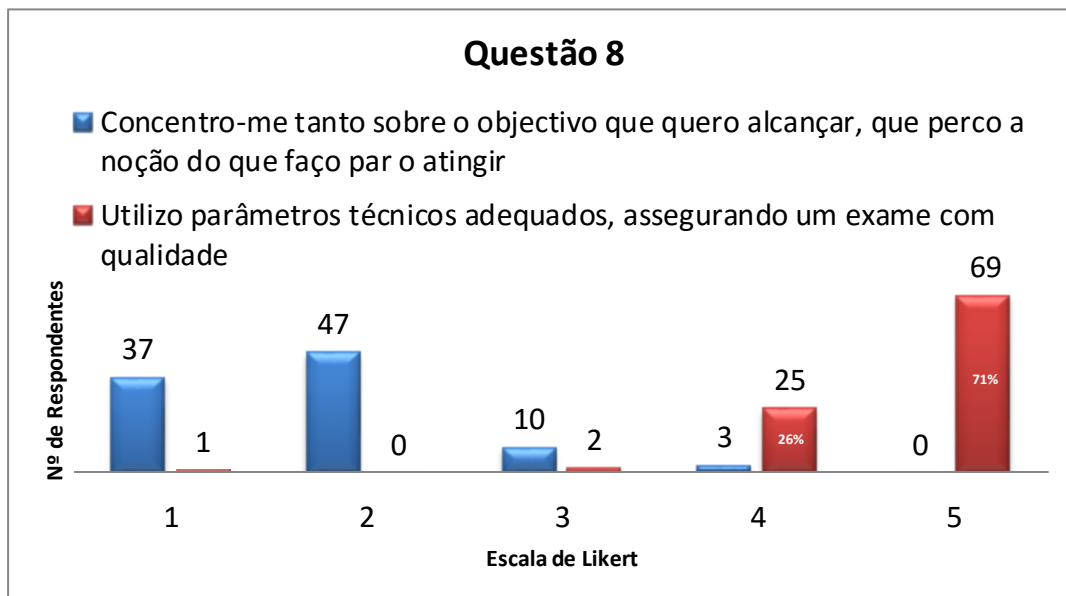
Resultados semelhantes são apontados por Domingues, Neves (2009) que apontam a formação como uma atividade que altera o comportamento das pessoas.



**Gráfico 12 - Q7 Mindful Attention Awareness Scale/Q7 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

A análise do gráfico 12, revela que as tarefas são executadas com atenção, não ignorando o fundamental do bom desempenho profissional em 89% dos casos, concretamente na aplicação das regras e princípios básicos de radioproteção em conformidade com a lei em vigor.

Se tivermos presente o Código Deontológico, (2011), não existem dúvidas no que respeita à radioproteção e segurança, bem como às práticas radiológicas justificadas através dos princípios **ALARA** (*As Low As Reasonably Achievable*) que refere que para o diagnóstico a dose deve ser tão baixa quanto possível, desde que garanta a informação pretendida e **JUSTIFICAÇÃO** onde é imperativo ter em conta a razão benefício/risco quando comparado com técnicas alternativas disponíveis, que envolvam menos ou nenhuma exposição a radiações ionizantes.



**Gráfico 13 - Q8 Mindful Attention Awareness Scale/Q8 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

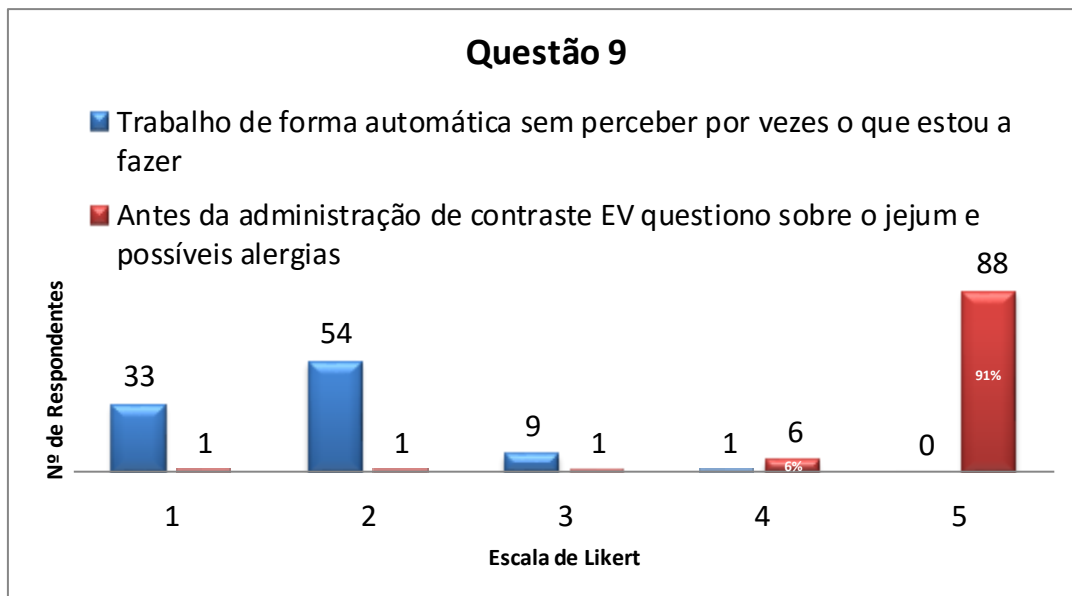
Apesar de existirem objetivos pessoais, predomina o consenso relativamente às práticas de escolha de parâmetros técnicos adequados ao exame e à estrutura anatómica, assegurando exames de qualidade diagnóstica que apresenta uma taxa de 97%, conforme ilustrado no gráfico 13

O Código Deontológico, (2011), é muito claro quando afirma que em radiologia, os sistemas de controlo da qualidade, de avaliação do desempenho, das boas práticas e de aperfeiçoamento contínuo são forçosamente objetivos a atingir a curto prazo. Otimizar a organização dos Serviços é propósito de qualquer Instituição, medindo a atenção dos profissionais e relacionando o desempenho com as boas práticas.

Igualmente claros, são os resultados apresentados por Mintzberg, (2004) que assegura que em Organizações de Saúde, é imprescindível que os profissionais detenham um elevado desempenho profissional contribuindo de forma positiva para atingir a missão da Organização prestar cuidados de saúde diferenciados.

De forma análoga, também a liderança da organização em geral e da Área de Diagnóstico por Imagem (ADPI), tem contribuindo para estes resultados.

Conclusões semelhantes são descritas por Neves (2000), que recorda a liderança como o processo através do qual se exerce alguma persuasão no desempenho de uma função de grupo, vocacionada para a produção de resultados.



**Gráfico 14- Q9 Mindful Attention Awareness Scale/Q9 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

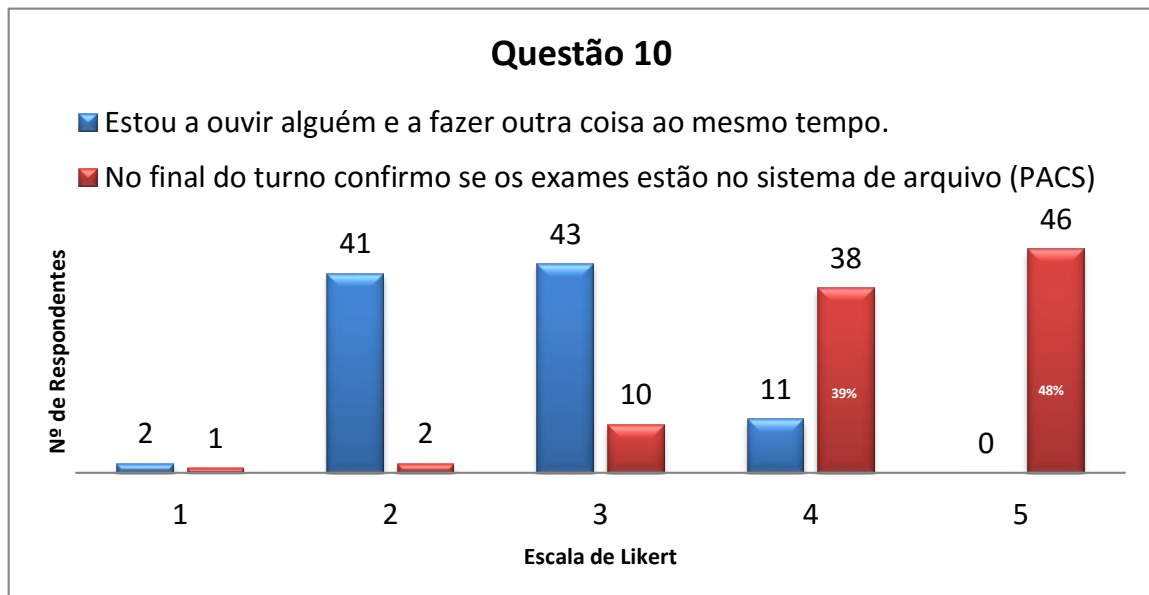
No que respeita ao gráfico 14, revela que 97% dos Técnicos de Radiologia desenvolve a sua atividade profissional não de forma automática com grande sentido de responsabilidade, relativamente a procedimentos que requerem introdução de um meio de contraste por via endovenosa (EV), questionando o utente relativamente ao tem de jejum e história de alergias.

Resultados comparáveis são apresentados pelas normas 14 e 54 do Manual do CHKS de 2013, em tudo o que respeita ao risco e segurança do doente, nomeadamente nos critérios 14.26, 14.39 e 54.69 em que alerta que quaisquer alergias ou sensibilidades particulares são registadas e imediatamente destacadas no processo. No caso concreto da ADPI todos os procedimentos relacionados com meios de contraste, são registados no Sistema PACS, ficando o registo disponível no processo clínico.

O desempenho destes profissionais está relacionado com a sua motivação.

O estudo desenvolvido por Chiavenato (1989), é claro quando confirma que a motivação é uma força que leva o indivíduo a agir de determinada maneira e a atingir um certo grau no seu desempenho em termos de qualidade e quantidade de trabalho.

A motivação estabelece como que uma relação de causa-efeito com o desempenho profissional e as boas práticas na organização.

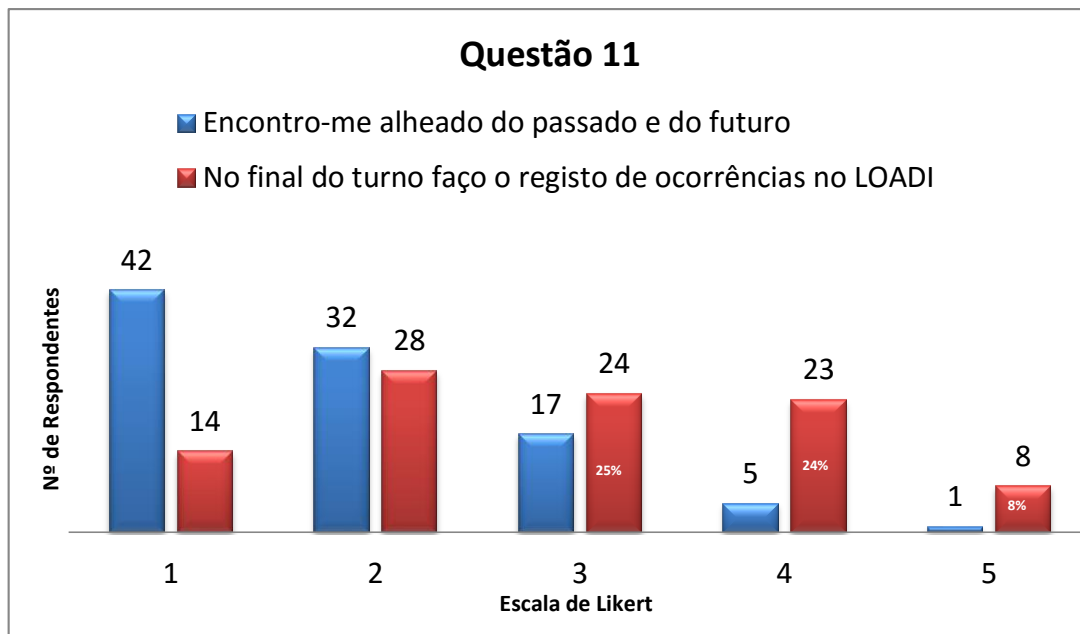


**Gráfico 15 - Q10 Mindful Attention Awareness Scale/Q10 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

A análise do gráfico 15, reflete a capacidade de concentração destes profissionais na sua prática diária e a preocupação inerente às boas práticas, quando 87% verifica o arquivo dos exames, assegurando que o utente não será submetido a exame suplementar e sujeito a exposição de RI desnecessária, por perda de exame.

A MAAS, é utilizada neste estudo para avaliar as diferenças individuais na frequência de atenção ao longo de um período de tempo, podendo relacioná-las com o desempenho profissional.

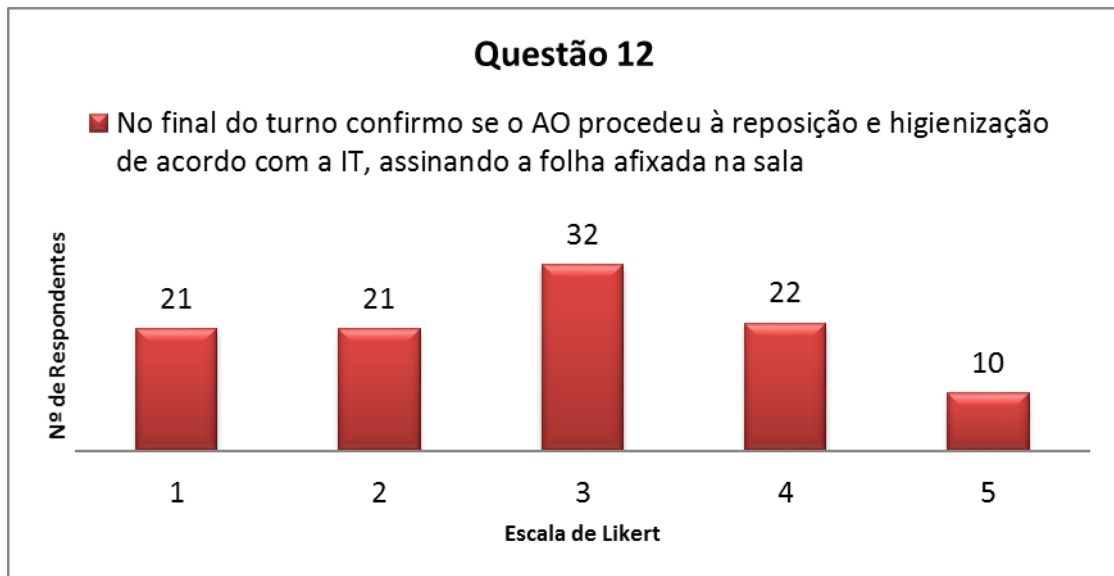




**Gráfico 16 - Q11 Mindful Attention Awareness Scale/Q11 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

Pela observação do gráfico 16 aferimos que, 76% dos Técnicos de Radiologia estão concentrados no momento atual em geral e no seu desempenho em particular com sentido de responsabilidade. Contudo, somente 32% destes profissionais faz registo e transmite as ocorrências decorridas no seu período de trabalho, havendo por isso, uma fatia não passível de ignorar pois representa 68% do total do grupo em estudo.

O Manual Internacional da qualidade CHKS 2013, é claro quanto ao cumprimento de todas as normas e critérios, que neste caso respeita à norma 52, onde é referido no critério 52.62 que a comunicação entre membros da equipa fora das reuniões é realizada através de sistemas como as reuniões de transferências, os livros de comunicação, os quadros de avisos, o correio eletrónico e os sistemas formais para receber e difundir mensagens.



**Gráfico 17 - Q12 Desempenho Profissional e Boas Práticas**

O gráfico 17, avalia o grau de responsabilização do profissional, dado que se é importante a verificação que precede o início do turno, é igualmente essencial o controlo pós término. A análise é clara apenas 33% dos profissionais têm a preocupação de verificar a reposição e a higienização da sala após conclusão do seu turno.

33% Normalmente tem esta preocupação e 34% não tem qualquer preocupação relativamente à higienização e segurança do local de trabalho.

Contrariamente ao que é referido na bibliografia e pelos resultados, verifica-se que existe ainda um percurso a fazer no sentido de sensibilizar os profissionais para as boas práticas.

Em Radiologia, as boas práticas assentam num continuado desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico – científico, na qualidade assistencial prestada aos utentes, mediante uma avaliação sistemática nos processos e resultados, numa lógica de transparência e de responsabilização.

O estudo de Macedo e Rodrigues (2009), refere ainda que as instituições prestadoras de serviços de saúde são concebidas para satisfazer os utentes, atuando num universo onde o

primado é dado à competência e à qualidade. Os serviços de radiologia, por serem serviços permanentemente utilizados pela maioria dos utentes, devem ter esta filosofia bem presente.

## 6. CONCLUSÕES

No presente estudo, avaliámos as boas práticas em radiologia, aplicando a MAAS em seis instituições pertencentes a um Centro Hospitalar.

Apesar de geograficamente separadas, evidencia-se convergência na ação desenvolvida, revelando alinhamento dos profissionais.

Como refere Antunes (2001) *“tudo o que é realmente importante na gestão de um Hospital ocorre dentro dos Serviços, assim a melhor equipa não consegue nada sem uma boa colaboração e gestão. Daí que se quiser melhorar o seu desempenho e maturidade tem de começar por envolver todos os profissionais”*.

Da análise sociodemográfica podemos concluir que no que respeita ao Grupo Etário, 45% dos profissionais estão entre os 41 e 50 anos, 24% entre os 31 e 40 anos, 10% entre os 20 e os 30 anos e 21% entre os 51 e 60 anos.

Quanto ao Género é maioritariamente feminino com 74%, comparativamente ao género masculino com 26%.

Relativamente às Habilitações Académicas, 21% dos profissionais possuem bacharelato, 67% são licenciados, 10% com o grau de mestre, 2% possuem pós-graduação e apesar de não estar refletido 2 Técnicos têm as teses de doutoramento já entregues aguardando discussão. Pelo que podemos afirmar que a formação não tem sido descurada por estes profissionais, na busca de novas competências para responder à crescente exigência do setor da saúde. Resultados semelhantes foram apresentados por Sousa (2003), que referiu que a formação emerge assim como um importante instrumento da gestão de recursos humanos, caracterizada pela crescente exigência de maior qualificação, autonomia e desenvolvimento de novas competências.

Quanto à Categoria Profissional verifica-se que 47% dos colaboradores ainda se encontram em termos de carreira no primeiro patamar de acesso – Técnico de 2ª classe, situação que se deve ao congelamento da carreira o que causa desmotivação nos profissionais, que vêm com inquietação uma carreira desatualizada, descontextualizada da realidade atual que está para revisão há mais de duas décadas. 39% encontram-se no segundo patamar de acesso – Técnico de 1ª classe, apenas 10% chegaram a Técnico Principal e 2% a Técnico Especialista e Especialista de 1ª classe respetivamente.

A este propósito o estudo desenvolvido por Locke *in* Luthans, (1995) afirmava que a nível organizacional, a satisfação relaciona-se com a influência que tem no comportamento e desempenho dos colaboradores, bem como na produtividade.

Resultados idênticos no que respeita à motivação foram referidos por Antunes (2001), quando afirmou que o bom desempenho profissional só é conseguido com motivação e incentivo.

No que respeita à Experiência Profissional 40% dos profissionais da Área situam-se entre os 20 e 30 anos de experiência no exercício, 25% têm até 15 anos de experiência, 24% entre os 15 e os 20 anos, e uma fatia mais reduzida com 11% têm entre 30 e 40 anos de experiência profissional.

Este é o cenário atual, dispondo a ADPI de um grupo profissional com experiência no exercício, o que deverá traduzir boas práticas no seu desempenho.

Quando comparámos os resultados da MAAS com o desempenho e as boas práticas, verificámos que os Técnicos de Radiologia estão conscientes das suas emoções o que se traduz num bom desempenho. 68% estão preocupados com a qualidade do serviço prestado ao utente. Existe no entanto, uma parcela de 32%, que descarta a correta prática profissional com reflexo no seu desempenho.

Resultados concordantes encontramos na revisão bibliográfica no estudo de Feldman, Gatto, Cunha, (2005), que reforça a preocupação com a qualidade e as boas práticas dos cuidados prestados como foco de interesse e de extrema importância na melhoria da qualidade como um dos grandes objetivos de uma instituição de saúde.

Também (Ferreira, 2011) refere a importância da cultura como um fator relevante na compreensão e na resolução dos problemas intergrupais, fornecendo elementos e critérios essenciais para a análise do funcionamento e desempenho duma organização.

A concentração dos profissionais está patente na maioria das suas práticas, 88% pauta o seu desempenho pelo cumprimento de normas e procedimentos que fazem a diferença numa prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente a confirmação da identificação do utente que, a não ser tido em conta pode ter resultados de gravidade maior para o utente.

Existem ainda 12 % que não está em conformidade com as práticas institucionais.

74% dos profissionais faz o correto acolhimento ao utente explicando os procedimentos a que vai ser sujeito, no entanto 26% dos Técnicos descarta a boa prática profissional.

Apenas 68% dos Técnicos faz a verificação do consentimento informado, sendo necessário um investimento suplementar em formação para colmatar algumas das lacunas verificadas., neste caso em 32% dos profissionais.

Se por um lado a pressão física não é ignorada pelos profissionais, por outro não descaram a boa prática inerente ao desempenho das suas funções, quando se trata de proteger os utentes da radiação ionizante (RI) com uma taxa de 86%. Alinhados quer com o Código Deontológico (2011), no que concerne às práticas de proteção e segurança radiológica, evitando exposição desnecessária de RI, quer com as regras aceites e os princípios básicos de radioproteção em conformidade com a legislação em vigor.

A concentração está presente e é reflexo das boas práticas em 93% dos profissionais. Também as tarefas são executadas com atenção, não ignorando o fundamental do bom desempenho profissional em 89% dos casos, concretamente na aplicação das regras e

princípios básicos de radioproteção através dos princípios **Alara** (*As Low As Reasonably Achievable*) que refere que para o diagnóstico a dose deve ser tão baixa quanto possível, desde que garanta a informação pretendida e **Justificação** onde é imperativo ter em conta a razão benefício/risco quando comparado com técnicas alternativas disponíveis, que envolvam menos ou nenhuma exposição a radiações ionizantes, agindo sempre em conformidade com a lei em vigor.

Apesar de objetivos claros, inerentes a cada profissional, predomina o consenso relativamente às práticas de escolha de parâmetros técnicos adequados assegurando exames de qualidade diagnóstica que apresenta uma taxa de 97%.

Igualmente claros, são os resultados apresentados por Mintzberg, (2004) que assegura que em Organizações de Saúde, é imprescindível que os profissionais detenham um elevado desempenho profissional contribuindo de forma positiva para atingir a missão da Organização prestar cuidados de saúde diferenciados.

De forma análoga, também a liderança da organização em geral e da Área de Diagnóstico por Imagem (ADPI), tem contribuindo para estes resultados.

Conclusões semelhantes são descritas por Neves (2000), que recorda a liderança como o processo através do qual se exerce alguma persuasão no desempenho de uma função de grupo, vocacionada para a produção de resultados.

97% dos Técnicos de Radiologia desenvolve a sua atividade profissional com grande sentido de responsabilidade, relativamente a procedimentos que requerem introdução de um meio de contraste por via endovenosa (EV), questionando o utente relativamente ao tem de jejum e história de alergias de acordo com as normas e procedimentos em vigor na instituição, não descurando os registos no Sistema PACS, assegurando que o registo disponível no processo clínico.

Podemos afirmar que o desempenho destes profissionais está relacionado com a sua motivação. A motivação estabelece como que uma relação de causa-efeito com o desempenho profissional e as boas práticas na organização.

Neste contexto, Chiavenato (1989), afirmou que a motivação é uma força que leva o indivíduo a agir de determinada maneira e a atingir um certo grau no seu desempenho em termos de qualidade e quantidade de trabalho.

87% dos profissionais revela capacidade de concentração na prática diária e preocupação inerente às boas práticas, quando verifica o arquivo dos exames, assegurando que o utente não será submetido a exame suplementar e sujeito a exposição de RI desnecessária, por perda de exame.

A MAAS, foi utilizada neste estudo para avaliar as diferenças individuais na frequência de atenção ao longo de um período de tempo, podendo relacioná-las com o desempenho profissional.

76% dos Técnicos de Radiologia estão concentrados no seu desempenho e exercem a sua atividade com sentido de responsabilidade. Contudo, somente 32% destes profissionais faz registo e transmite as ocorrências decorridas no seu período de trabalho, havendo por isso, uma fatia não passível de ignorar pois representa 68% do total do grupo em estudo.

33% dos profissionais tem preocupação de verificar a reposição e a higienização da sala após conclusão do seu turno. 33% normalmente tem esta preocupação e 34% não tem qualquer preocupação relativamente à higienização e segurança do local de trabalho.

Contrariamente ao que é referido na bibliografia e pelos resultados, verifica-se que existe ainda um percurso a fazer no sentido de sensibilizar os profissionais para as boas práticas.

Em Radiologia, as boas práticas assentam num continuado desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico – científico, na qualidade assistencial prestada aos utentes,



mediante uma avaliação sistemática nos processos e resultados, numa lógica de transparência e de responsabilização.

O estudo de Macedo e Rodrigues (2009), refere ainda que as instituições prestadoras de serviços de saúde são concebidas para satisfazer os utentes, atuando num universo onde o primado é dado à competência e à qualidade. Os serviços de radiologia, por serem serviços permanentemente utilizados pela maioria dos utentes, devem ter esta filosofia bem presente.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

O sucesso de uma organização, envolve a implementação de uma cultura de desempenho, responsabilidade acrescida para quem tem funções de direção. Uma definição clara de objetivos a alcançar, quando bem planeada, coordenada e desenvolvida, traduz-se em benefícios a curto, médio e longo prazo para todos os atores e para a própria organização.

Conhecer o nível de desempenho e boas práticas de uma organização é fundamental para qualquer decisor. Conhecer este nível nos serviços de radiologia é igualmente importante, pois permite averiguar falhas existentes, possibilitando uma reflexão acerca das medidas assertivas para que o Serviço possa ser mais eficiente, eficaz e efetivo na prestação de cuidados que se pretendem de excelência.

Ao abordarmos a questão das boas práticas em Radiologia com recurso à MAAS apercebemo-nos da fragilidade do processo, dos seus pontos fracos, mas também da importância que esta ferramenta pode ter a nível da gestão.

A MAAS, foi utilizada neste estudo para avaliar as diferenças individuais na frequência de atenção ao longo de um período de tempo, podendo relacioná-las com o desempenho profissional.

Apesar dos resultados da MAAS indicar que os Técnicos de Radiologia da ADPI estão concentrados e atentos, que desempenham as suas atividades com sentido de responsabilidade, quando comparamos os resultados face ao desempenho encontramos algumas lacunas que requerem alguma atenção para uma rápida resolução.

Relativamente ao desempenho profissional dos Técnicos de Radiologia o estudo evidencia alguns pontos fracos:

- 32% descarta a qualidade do serviço prestado ao utente;
- 12% não confirma a identificação;
- 26% não fazem o acolhimento nem explicam os procedimentos;
- 32% não verifica o consentimento informado;

- 14% não fornece dispositivos de proteção radiológica
- 68% não regista nem transmite as ocorrências do turno;

Consideramos que é essencial maior envolvimento dos profissionais no projeto da qualidade de forma a perceberem melhor a importância das boas práticas e as implicações que as mesmas poderão ter no seu desempenho.

A formação será com certeza uma área em que a organização terá de investir, criando novos saberes, novas competências para um desempenho adequado às funções destes profissionais.

Em Radiologia, as boas práticas assentam num continuado desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico – científico, na qualidade assistencial prestada aos utentes, mediante uma avaliação sistemática nos processos e resultados, numa lógica de transparência e de responsabilização.

O estudo de Macedo e Rodrigues (2009), refere ainda que as instituições prestadoras de serviços de saúde são concebidas para satisfazer os utentes, atuando num universo onde o primado é dado à competência e à qualidade.

Como limitações apontamos, que alguma de bibliografia relativamente à MAAS, se limite à vertente de estudos clínicos na sua maioria e que no contexto em trabalho ainda pouco foi estudado em Portugal.

No entanto conseguimos atingir os objetivos que nos nortearam desde o início do estudo.

Deixamos pistas para que outros trabalhem, investiguem dando sequência a este trabalho, para que este modelo seja aplicado a diferentes organizações de saúde, permitindo aperfeiçoar o próprio instrumento.

Só por isso julgamos justificado o nosso esforço e o de todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para que o mesmo se concretizasse.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C.M. (2005) Avaliação de Desempenho dos Técnicos de Radiologia em três Hospitais Portugueses, Lisboa: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Antunes, M.J. (2001) A Doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: Ineficiencia e Desperdicio , Lisboa: Quetzal Editores.
- Baer R. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12, 241–261. <http://dx.doi.org/10.1080/14639947.2011.564842>
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3ª ed.) Lisboa: Edições 70.
- Barajas, S., & Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud*, 25 (1), 49-56.
- Barros, Víviam Vargas de, Kozasa, Elisa Harumi, Souza, Isabel Cristina Weiss de, & Ronzani, Telmo Mota. (2015). Evidências de validade da versão brasileira da Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>
- Bosquet, R. (1989). *Fondements de la performance humaine dans l'enterpresie*. Paris: Les Éditions md'Organization
- Caetano, A; Vala, J. (2002) *Gestão de Recursos Humanos contextos processos e técnicas* 2ª Edição. Lisboa. Editora RH
- Cameron, K. and Quinn, R. (1999) *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Cameron, K. and Quinn, R. (2006) *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*, Revised edition, San Francisco: Jossey-Bass.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta
- Cervo, A., Bervian, P. (2002) *Metodologia científica*. São Paulo: Prentice hall. 5ª Edição.
- Chiavenato, I. (1995) *Administração. Teoria, Processo e Prática*. São Paulo: Makron Books.

- Chiavenato, I. (2000) Recursos humanos. 6ª Edição. São Paulo Atlas S.A.
- Chiavenato, I. (2004) Comportamento Organizacional: A Dinâmica do Sucesso das Organizações, São Paulo: Thomson.
- da Paz, G. D., & Vitória, P. (2015) Relação entre o mindfulness, o stress, a satisfação com a vida e o desempenho académico nos estudantes de medicina Universidade da Beira Interior. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior.
- Dec.Lei 50 – A/2007 de 28 de Fevereiro de 2007
- Domingues, I. e Neves, J. (2009) Tecnologia, gestão da qualidade e dos recursos humanos: análise sociológica. Ermesinde: Edições Ecopy.
- Duarte, C., Ferreira, C., & Gouveia, J. P. (2010). O traço de Mindfulness como protector nos comportamentos bulímicos. *Psychologica*, (52-II), p-401.
- Faustino, A.C. (2013) Cultura Organizacional na Área de Diagnóstico por Imagem – Percepção dos Coordenadores do CHLC. Lisboa. Dissertação de Mestrado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa.
- Feldman, L. B. ; Gatto, M. A.; Cunha, I.C. (2005) História da evolução da qualidade hospitalar : dos padrões à acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18:2- 213-219.
- Ferreira, A. (2011) Cultura e Satisfação como suporte de Eficácia Organizacional, Um Caso de Sucesso, Lisboa: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Ferreira, J. M. C., *et al* (2001) Manual de Psicossociologia das organizações. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fortin, M.F. (2009) O Processo de Investigação: da Concepção à Realização, 5<sup>th</sup> edition, Loures: Lusociência.
- Galhanas, C.R. (2009) A Motivação dos Recursos Humanos nos Novos Modelos de Gestão da Administração Pública, Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Gaspar,V. (2014) A (R) evolução Mindful – 5 razões porque o Mindfulness é a nossa maior esperança para a mudança social e organizacional. IM Magazine [Consult. 20 Maio 2014] Disponível em <http://www.magazineim.com/home/index.php/mindful-revolution/?lang=pt>

- Gonçalves, C. (2010) A Influência da Formação Profissional no Clima Organizacional: o caso do Município de Santa Maria da Feira, Coimbra: Tese de Mestrado. Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Gregório S., & Pinto-Gouveia J. (2011). Facetas de Mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. [Mindfulness facets: Psychometric characteristics of one assessment instrument]. *Psychologica*, 54, 259–280.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindful attention and awareness: relationships with psychopathology and emotion regulation. *The Spanish journal of psychology*, 16, E79.
- Justo, C. (2002) Saúde uma Utilidade sem Valor de Troca. Lisboa. Edição campo das letras.
- Leitão, M.C. (2005) À Procura de uma Actuação Sustentável Rumo à Excelência – Estudo do Clima e da Cultura de uma Organização de Saúde em Mudança para a Qualidade. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Lei 48/90 de 24 de Agosto de 1990
- Levinthal, D.; Reup, C. (2006) Crossing na Apparent Shasm: Bridging Mindful and Less-Minsful Perspectives on Organizational Learning. *Organization Science*. Vol.17, Nº4, July – August 2006, pp. 502-513
- Lopes, A. & Reto, L. (1990). "Identidade de empresa e gestão pela cultura", Lisboa: Editora Sílabo.
- Luthans, F. (1995). *Organizational behavior*, New York: McGraw-Hill
- Macedo, H.; Rodrigues, V. (2009) Programa de controlo de qualidade: a visão do técnico de radiologia. *Radiologia Brasileira*. 42:1 -37-41. [Consult. 20 Maio 2014] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rb/v42n1/09.pdf>.
- Manual Internacional da Qualidade (2013) - **CHKS/HAQU** – *Caspe Healthcare Knowledge Systems/Healthcare Accreditation and Quality Unit* – Versão Portuguesa
- Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2002) *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora atlas.
- Maximiano, A. C. A. (1992) *Introdução a administração*. São Paulo: Editora Atlas. 3ª Edição.
- Maximiano, A.C.A. (2007) *Introdução à Administração*, 7<sup>th</sup> edition, São Paulo: Atlas.

- Markus, P. M. N., & de Macedo Lisboa, C. S. (2015). Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional. *Revista da Graduação*, 8(1).
- Menezes, L. (2008) Qualidade de Vida no Trabalho e sua Influência no Clima Organizacional: Estudo de Caso em uma Empresa do setor de Alimentos, Fortaleza: Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza-Unifor.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral dos Hospitais – O Hospital Português. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1998.
- Mintzberg, H. (2004) Estrutura e Dinâmica das Organizações, 3<sup>rd</sup> edition, Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Neves, J.G. (2000) Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos, Lisboa: RH Editora.
- Pereira, C. (1996) Uma Proposta de Avaliação de Formação. Sociologia – Problemas e Práticas Lisboa. CIDEC 1999 Colectânea de Textos – Recursos Humanos
- Pirson, M. (2013) Mindfulness, Mindlessness, and Work. The European Business Review, Empowering communications Globally [Consult. 21 Maio 2015] Disponível em <http://www.europeanbusinessreview.com/?p=809>
- Polit, D. and Hungler, B. (1991) Nursing Research: Principles and Methods, 3<sup>rd</sup> edition, New York: JB Lippincott.
- Purser, R. E., & Milillo, J. (2015). Mindfulness Revisited A Buddhist-Based Conceptualization. *Journal of Management Inquiry*, 24(1), 3-24.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2003) Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.
- Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.
- Rosa, A. (2002) Perspectivas da Gestão Estratégica, Lisboa: Ad Litteram.
- Sauer S., & Baer R. (2010). Mindfulness and decentering as mechanisms of change in mindfulness- and acceptance based interventions. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients – illuminating the theory and practice of change* (pp.25–50). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Seixo, J.(2004) Gestão do desempenho.Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serrano, A. Fialho, C. (2003) Gestão do Conhecimento - O novo paradigma das organizações. FCA – Editora de Informática.

- Senge, P.M. (1999). A Quinta Disciplina: Arte e Prática da Organização que Aprende (5ª ed.). São Paulo: Editora Best Seller.
- Schein, E. (1992) Organizational Culture and Leadership, San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. (2009) Cultura Organizacional e Liderança, São Paulo: Atlas.
- Siqueira, W.H. (2002) Avaliação de Desempenho, como romper amarras e superar modelos ultrapassados, Lisboa. Reichmann&Affonso Editores.2002 ISBN 85-87148-66-4
- Soler, J.; Tejedor, R.; Soler, A.; Pascual, J.; Cebolla, A.; Soriano, J.; Alvarez, E.; Perez, V.(2012) Propiedades psicométricas de la version española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Actas esp. Psiquiatr 2012;40 (1): 19-26
- Sousa, G. V. (2003) Metodologia de investigação, redação e apresentação de trabalhos científicos. Porto: Civilização Editora.
- Sousa, P. - Patient safety (2006) A necessidade de uma estratégia nacional. Acta Médica Portuguesa. 19 (2006) 309-318. [Consult. 17 Julho 2014].
- Teixeira, S. (1998) Gestão das organizações. Lisboa: Editora McGraw-Hill. 1998.
- Teixeira, S. (2005) Gestão das Organizações, Lisboa: McGraw-Hill.
- Vala, J., Monteiro, M., Lima, L. e Caetano, A. (1994). Psicologia Social das Organizações. Oeiras: Celta
- Vala, J. (1999) A Análise de Conteúdo. Metodologia das Ciências Sociais Porto: Edições Afrontamento.
- Velada, A. R. (2007) Avaliação da eficácia da formação profissional: Fatores que afetam a transferência da formação para o local de trabalho. Instituto Superior de Ciências do trabalho e da empresa. Lisboa – 2007 (Tese de Doutoramento).
- Yin, R.K. (2001) Estudo de Caso: Planejamento e Métodos, Porto Alegre: Bookman.
- Yukl, G. (1998) Leadership in Organizations, London: Prentice-Hall International Edition.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 5.



ANEXOS

**ANEXO I**  
Questionário



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Mestrado em Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Questionário

No âmbito da realização da tese "Atenção Intencional dos profissionais de Saúde: O caso dos Técnicos de Radiologia – Aplicação de escala de atenção na prática diária do Técnico de Radiologia", integrado no mestrado em Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos no ISCPS/UL, a mestranda Filomena Isabel Gonçalves Batalha elaborou este questionário, baseado na escala de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), e aplicado a prática diária do técnico de Radiologia numa Instituição Pública de Saúde de grandes dimensões.

A informação recolhida irá contribuir para um melhor conhecimento das boas práticas em Radiologia, considerando o desempenho profissional dos Técnicos de Radiologia no âmbito das suas competências. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, em relação aos profissionais e ao Polo Hospitalar que integram. A participação é de carácter voluntário.

Este questionário está dividido em duas secções: a "Secção I que reflete a escala de atenção (MAAS), e a Secção II mais direccionada para o desempenho profissional e as boas práticas associadas".

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Género: Masculino ☐; Feminino ☐ Código: \_\_\_\_

Habilitações Académicas: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Anos de Experiência Profissional: \_\_\_\_

Tendo em consideração a seguinte escala:

1. Nunca – 2. Raramente – 3. Normalmente – 4. A maior parte das vezes – 5. Sempre

Classifique as afirmações que se seguem.

Secção I	1	2	3	4	5
Posso sentir emoções e não estar consciente delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quebro ou espalho coisas por não estar atento, ou por estar a pensar noutra coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho difícil manter-me concentrado no presente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminho depressa para chegar ao destino sem prestar atenção ao que acontece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ignoro sentimentos de pressão física/ desconforto até que atraíam a minha atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esqueço o nome de uma pessoa depois de o dizer pela primeira vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Faço tarefas sem estar atento a elas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentro-me tanto sobre o objectivo que quero alcançar, que perco a noção do que faço para o atingir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho de forma automática sem perceber por vezes o que estou a fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou a ouvir alguém e a fazer outra coisa ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro-me alheado do passado e do futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção II	1	2	3	4	5
No início do turno verifico se a sala de trabalho reúne condições de higiene e se o material necessário está reposto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de realizar um exame confirmo a identificação do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faço o acolhimento ao doente/acompanhante explicando todos os procedimentos a realizar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmo a informação vs consentimento informado, fornecido no momento da marcação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providencio dispositivos de protecção radiológica ao doente/ acompanhante sempre que se justifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre que realize um exame a jovens em idade fértil questiono sobre possível Gravidez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conheço o princípio ALARA e pratico-o no meu desempenho profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizo parâmetros técnicos adequados, assegurando um exame com qualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes da administração de contraste EV questiono sobre o jejum e possíveis alergias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No final do turno confirmo se os exames estão no sistema de arquivo (PACS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No final do turno faço o registo de ocorrências no LOADI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No final do turno confirmo se o AO procedeu à reposição e higienização de acordo com a IT, assinando a folha afixada na sala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigada pela sua colaboração

Para qualquer questão/sugestão contacte-me, por favor, através do e-mail [filobatalha@gmail.com](mailto:filobatalha@gmail.com)

**ANEXO II**

Carta ao Diretor e Coordenadora da Área

Filomena Isabel Gonçalves Batalha  
Subcoordenadora da ADPI – Pólo do HDE  
Rua das Musas nº 21 1º B  
1990 - 174 Lisboa  
[filobatalha@gmail.com](mailto:filobatalha@gmail.com) - [filomena.batalha@chlc.min-saude.pt](mailto:filomena.batalha@chlc.min-saude.pt)  
Tm-964085537


Exmº Sr. Dr. João Lopes dos Reis  
Director da Área de Diagnóstico por Imagem do CHLC

No âmbito do Mestrado em Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, sob orientação do Prof. Doutor Albino Lopes e Co – orientação da Mestre Cristina Almeida no âmbito da Dissertação subordinada ao tema “Atenção Intencional dos profissionais de Saúde: O caso dos Técnicos de Radiologia – *Aplicação de escala de atenção na prática diária do Técnico de Radiologia*”, vimos solicitar autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados, questionário baseado na escala de Mindful Attention Awareness Scale aos Técnicos da ADPI, que V.Exª dirige. As respostas são confidenciais e o seu anonimato será respeitado. As informações respeitantes a este questionário só serão utilizadas para a finalidade deste estudo e não serão divulgadas ou tornadas públicas para quaisquer outros fins.

Esperando de V.Exª a melhor atenção, subscrevemo-nos

Atenciosamente

Filomena Batalha

*Tomei conhecimento  
e autorizo-se*  
  
Dr. João Lopes dos Reis  
Director da Área de  
Diagnóstico por Imagem

Filomena Isabel Gonçalves Batalha  
Subcoordenadora da ADPI – Pólo do HDE  
Rua das Musas nº 21 1º B  
1990-174 Lisboa  
[filobatalha@gmail.com](mailto:filobatalha@gmail.com)  
Tm-964085537

Exm.ª Sra. Dra. Cristina Almeida  
Coordenadora da Área de Diagnóstico por Imagem do CHLC

No âmbito do Mestrado em Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, sob orientação do Prof. Doutor Albino Lopes e Co – orientação da Mestre Cristina Almeida no âmbito da Dissertação subordinada ao tema “Atenção Intencional dos profissionais de Saúde: O caso dos Técnicos de Radiologia – *Aplicação de escala de atenção na prática diária do Técnico de Radiologia*”, vimos solicitar autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados, questionário baseado na Mindful Attention Awareness Scale aos Técnicos da ADPI, que V.Ex.ª coordena. As respostas são confidenciais e o seu anonimato será respeitado. As informações respeitantes a este questionário só serão utilizadas para a finalidade deste estudo e não serão divulgadas ou tornadas públicas para quaisquer outros fins.

Esperando de V.Ex.ª a melhor atenção, subscrevemo-nos

Atenciosamente

Lisboa, 8 de Setembro de 2014

Filomena Batalha

*Tomar conhecimento*  
*Made*  
Coordenadora da  
Área Técnica de Imagiologia  
CHLC  
Cristina Almeida  
*1. 2014*  
*[assinatura]*

FIM